CHAPITRE DEUX

# Impact des troubles mentaux et du comportement

*Les troubles mentaux et du comportement sont courants : plus de 25 % de la population mondiale vient à en souffrir un jour ou l'autre. Ils sont universels : les peuples de tous les pays et toutes les sociétés, populations rurales et urbaines, riches et pauvres, hommes et femmes de tous âges sont touchés. Ils ont des conséquences économiques pour les sociétés et nuisent à la qualité de vie des individus et des familles. Les troubles mentaux et du comportement touchent environ 10 % de la population adulte. Près de 20 % de tous les patients vus par les professionnels des services de santé primaires présentent un ou plusieurs troubles mentaux. Dans une famille sur quatre, une personne au moins risque de souffrir de troubles mentaux ou du comportement. En plus d'apporter une aide matérielle et un soutien affectif au malade, l'entourage subit ostracisme et discrimination. Selon les estimations pour 1990, les désordres mentaux et neurologiques représentaient 10 % du nombre total d'AVCI, toutes maladies et tous traumatismes confondus. Ce chiffre était de 12 % en 2000. On prévoit que d'ici 2020, la charge de morbidité qui leur est imputable aura atteint 15 %. Les désordres courants, qui entraînent généralement une incapacité grave, sont les troubles dépressifs, les toxicomanies, la schizophrénie, l'épilepsie, la maladie d'Alzheimer, l'arriération mentale et les troubles de l'enfance et de l'adolescence. Au nombre des facteurs qui influent sur la prévalence, la survenue et l'évolution des troubles mentaux et du comportement figurent la pauvreté, le sexe, l'âge, les conflits et catastrophes, les maladies physiques graves et le contexte familial et social.*

# 2

# Impact des troubles mentaux et du comportement

## Définition des troubles

Par troubles mentaux et du comportement, on entend des affections cliniquement significatives qui se caractérisent par un changement du mode de pensée, de l'humeur (affects) ou du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales. Les troubles mentaux et du comportement ne sont pas de simples variations à l'intérieur des limites de la « normalité », mais des phénomènes manifestement anormaux ou pathologiques. Un épisode unique de comportement anormal ou un dérèglement de l'humeur de courte durée n'est pas en soi l'indice d'un trouble mental ou du comportement. Pour être considérées comme telles, les anomalies doivent être permanentes ou répétées et causer une souffrance ou constituer un handicap dans un ou plusieurs domaines de la vie courante. Les désordres mentaux et du comportement se manifestent par des symptômes et signes spécifiques et, si l'on n'intervient pas, suivent généralement une évolution naturelle plus ou moins prévisible. Une souffrance morale ne constitue pas nécessairement un trouble mental. Elle peut être due à des difficultés personnelles ou sociales; si tous les critères de base d'une pathologie bien déterminée ne sont pas réunis, il ne s'agit pas d'un trouble mental. Il y a une différence, par exemple, entre humeur dépressive et dépression caractérisée (voir la Figure 1.3).

D'une culture à l'autre, différents modes de pensée et comportements peuvent influer sur la façon dont les troubles mentaux se manifestent, mais ne sont pas en soi révélateurs d'un trouble. On évitera donc de ranger les particularités culturelles au nombre des troubles mentaux et de considérer les convictions sociales, religieuses ou politiques comme l'expression de désordres mentaux.

*La CIM-10, Classification internationale des troubles mentaux et du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic* (OMS, 1992b), dresse la liste complète des troubles mentaux et du comportement (voir l'Encadré 2.1). Pour une définition plus précise, on peut également consulter les critères diagnostiques pour la recherche (OMS, 1993a).

Toute classification des troubles mentaux classe des syndromes ou des états et non des individus. Quiconque peut souffrir d'un ou de plusieurs troubles à un moment donné ou à plusieurs moments de sa vie, mais le diagnostic ne devrait pas servir d'étiquette pour désigner cette personne. On ne devrait jamais assimiler une personne à un trouble, qu'il soit physique ou mental.

## Diagnostic des troubles

Les troubles mentaux et du comportement sont décelés et diagnostiqués selon des méthodes cliniques analogues à celles utilisées pour les troubles physiques : recueil méthodique d'informations détaillées auprès de l'intéressé et d'autres personnes, y compris sa famille, examen clinique systématique de l'état mental et, au besoin, tests et investigations

spécialisés. Depuis quelques dizaines d'années, la standardisation de l'évaluation clinique et la fiabilité du diagnostic ont fait des progrès. Grâce aux barèmes d'entretien structuré, aux définitions uniformes des symptômes et signes et à l'adoption de critères diagnostiques standard, le diagnostic des troubles mentaux est devenu extrêmement sûr. Grâce aux entretiens structurés et aux questionnaires diagnostiques, les professionnels de la santé mentale peuvent recueillir des informations en posant des questions standard et en consignant des réponses précodées. Les symptômes et signes ont été définis avec précision pour permettre une application uniforme. Enfin, les critères diagnostiques ont été normalisés au niveau international. On peut donc désormais diagnostiquer les troubles mentaux avec autant de certitude et de précision que la plupart des troubles physiques courants. La concordance des diagnostics de deux experts se situe en moyenne entre 0,7 et 0,9 (Wittchen et al., 1991 ; Wing et al., 1974 ; OMS, 1992 ; APA, 1994 ; Andrews et al., 1995). Cette fourchette est la même que pour des troubles physiques comme le diabète sucré, l'hypertension ou les coronaropathies.

Etant donné qu'un diagnostic sûr est indispensable pour une bonne intervention au niveau individuel et pour la précision de l'enquête épidémiologique et de la surveillance au niveau communautaire, les progrès des méthodes diagnostiques ont grandement facilité l'application des principes cliniques et des principes de santé publique dans le domaine de la santé mentale.

**Encadré 2.1 Troubles mentaux et du comportement classés dans la CIM-10**

*La CIM-10, Classification internationale des troubles mentaux et du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic* dresse la liste complète des troubles mentaux et du comportement.[1] Pour une définition plus précise, on peut également consulter les critères diagnostiques pour la recherche.[2] Ces documents, applicables indépendamment du contexte culturel, ont été établis d'après le chapitre V (F) de la Dixième Révision de la Classification statistique internationale des maladies (CIM-10)[3] et reposent sur une synthèse de la littérature scientifique, sur l'avis de spécialistes du monde entier et sur un consensus international. Le chapitre V de la CIM-10 est entièrement consacré aux troubles mentaux et du comportement. Il nomme les maladies et troubles, comme les autres chapitres, mais comprend aussi des descriptions cliniques et des directives pour le diagnostic ainsi que des critères diagnostiques pour la recherche. La CIM-10 classe les troubles mentaux et du comportement dans les catégories suivantes :

- **Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques.** Exemples : démence de la maladie d'Alzheimer, delirium.
- **Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives.** Exemples : utilisation d'alcool nocive pour la santé, syndrome de dépendance aux opioïdes.
- **Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants.** Exemples : schizophrénie paranoïde, troubles délirants, troubles psychotiques aigus et transitoires.
- **Troubles de l'humeur [affectifs].** Exemples : trouble affectif bipolaire, épisode dépressif.
- **Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes.** Exemples : anxiété généralisée, troubles obsessionnels-compulsifs.
- **Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques.** Exemples : troubles de l'alimentation, troubles du sommeil non organiques.
- **Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte.** Exemples : personnalité paranoïaque, transsexualisme.
- **Retard mental.** Exemple : retard mental léger.
- **Troubles du développement psychologique.** Exemples : troubles spécifiques de la lecture, autisme infantile.
- **Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence.** Exemples : troubles hyperkinétiques, troubles des conduites, tics.
- **Trouble mental, sans précision.**

Le présent rapport met l'accent sur une série de troubles qui constituent un handicap sévère s'ils ne sont pas correctement soignés et qui font peser un lourd fardeau sur la collectivité, à savoir : les troubles dépressifs, les troubles liés à l'utilisation de substances, la schizophrénie, l'épilepsie, la maladie d'Alzheimer, le retard mental et les troubles de l'enfance et de l'adolescence. La présence de l'épilepsie dans cette liste est expliquée plus loin dans ce chapitre.

Certains troubles mentaux et du comportement et troubles neurologiques sont réunis sous l'appellation « troubles neuropsychiatriques » dans l'annexe statistique du rapport. Il s'agit de la dépression majeure unipolaire, du trouble affectif bipolaire, des psychoses, de l'épilepsie, de la dépendance alcoolique, de la maladie d'Alzheimer et autres démences, de la maladie de Parkinson, de la sclérose en plaques, de la pharmacodépendance, de l'état de stress post-traumatique, des troubles obsessionnels-compulsifs, du trouble panique, de la migraine et des troubles du sommeil.

[1] *CIM-10. Classification internationale des troubles mentaux et du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic* (1992b). Genève, Organisation mondiale de la Santé.
[2] *CIM-10. Classification internationale des troubles mentaux et du comportement : critères diagnostiques pour la recherche* (1993a). Genève, Organisation mondiale de la Santé.
[3] *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième Révision 1992 (CIM-10). Vol. 1 : Table analytique. Vol. 2 : Manuel d'utilisation. Vol. 3 : Index alphabétique* (1992a). Genève, Organisation mondiale de la Santé.



## Prévalence des troubles

Les troubles mentaux ne sont pas le lot d'un groupe particulier : ils sont universels. Ils s'observent dans toutes les régions, tous les pays et toutes les sociétés. Ils frappent les hommes et les femmes à tous les stades de leur vie, les riches comme les pauvres et la population urbaine comme le milieu rural. Il est faux de penser que les troubles mentaux sont des problèmes propres aux pays industrialisés et aux parties du monde relativement favorisées. On croit également à tort qu'ils sont absents des communautés rurales, relativement épargnées par le rythme accéléré de la vie moderne.

Il ressort d'analyses faites récemment par l'OMS que la prévalence ponctuelle de l'ensemble des affections neuropsychiatriques, au nombre desquelles figurait une série de ces troubles, était d'environ 10 % chez les adultes (GBD, 2000). On estime que 450 millions de personnes dans le monde sont atteintes d'affections neuropsychiatriques dont font partie la dépression unipolaire, les troubles affectifs bipolaires, la schizophrénie, les troubles liés à l'alcool et à l'utilisation de certaines drogues, la maladie d'Alzheimer et autres démences, l'état de stress post-traumatique, le trouble obsessionnel compulsif, le trouble panique et l'insomnie primaire.

Les taux de prévalence diffèrent selon qu'ils concernent des personnes atteintes d'une affection à un moment donné (prévalence ponctuelle) ou à un moment quelconque pendant une certaine période (prévalence du moment) ou à un moment quelconque pendant leur vie (prévalence au cours de l'existence). Bien qu'on indique souvent la prévalence ponctuelle, y compris dans le présent rapport, la prévalence sur un an est plus utile pour connaître le nombre de personnes qui, en un an, auront besoin de se faire soigner. Les chiffres de prévalence varient aussi selon la définition des troubles pris en compte dans l'étude. Quand tous les troubles répertoriés dans la CIM-10 sont inclus (voir l'Encadré 2.1), les taux de prévalence sont plus élevés. Selon les enquêtes réalisées dans des pays développés et dans des pays en développement, plus de 25 % des individus présentent un ou plusieurs troubles mentaux ou du comportement au cours de leur vie (Regier et al., 1988 ; Wells et al., 1989 ; Almeida-Filho et al., 1997).

D'après la plupart des études, les troubles mentaux sont en moyenne plus répandus chez les femmes que chez les hommes. Toutefois, cet écart tient en grande partie à une différence de répartition des troubles ; les troubles graves sont à peu près aussi fréquents chez les deux sexes, à l'exception de la dépression, plus courante chez la femme, et des toxicomanies, plus courantes chez l'homme.

Le lien entre pauvreté et troubles mentaux est étudié dans la suite de ce chapitre.

### Troubles observés dans les structures de soins de santé primaires

Les troubles mentaux et du comportement sont fréquents chez les patients vus dans les services de santé primaires. Il est utile de connaître la fréquence et la répartition de ces troubles à ce niveau de soins pour repérer les malades et leur dispenser les soins nécessaires à ce niveau.

Pour les études épidémiologiques portant sur les structures de soins primaires, on a recensé les troubles à l'aide d'instruments de dépistage, ou d'après le diagnostic clinique posé par les prestateurs exerçant à ce niveau, ou encore en procédant à un interrogatoire de diagnostic psychiatrique. Pour l'étude transculturelle qu'elle a effectuée sur 14 sites (Üstün & Sartorius, 1995 ; Goldberg & Lecrubier, 1995), l'OMS a fait appel à trois méthodes diagnostiques : un test rapide de dépistage, un entretien détaillé et structuré, et le diagnostic clinique du médecin responsable des soins primaires. La prévalence des troubles mentaux variait énormément d'un site à l'autre, mais les résultats montrent clairement qu'un fort pourcentage (environ 24 %) des patients souffraient d'un trouble mental (voir le Tableau

2.1). Les affections les plus souvent diagnostiquées dans les structures de soins de santé primaires sont les troubles dépressifs, les troubles anxieux et les toxicomanies. Ces désordres sont soit isolés, soit associés à un ou plusieurs troubles physiques. Il n'y a pas d'écart de prévalence constant entre pays développés et pays en développement.

## Impact des troubles

Les troubles mentaux et du comportement ont d'importantes répercussions sur les individus, leur famille et leur communauté. L'individu souffre non seulement des symptômes inquiétants de sa maladie, mais aussi de ne pas pouvoir participer à des activités professionnelles ou récréatives, souvent du fait d'une discrimination à son égard. Il s'inquiète de ne pouvoir assumer ses responsabilités envers sa famille et ses amis, et craint d'être un poids pour les autres.

On estime que, dans une famille sur quatre, une personne au moins est atteinte d'un trouble mental ou du comportement. Non seulement les familles touchées se voient obligées d'apporter une aide matérielle et un soutien affectif au malade, mais elles subissent l'ostracisme et la discrimination, présents partout dans le monde. La charge que représente pour la famille la maladie mentale d'un de ses membres n'a pas encore été convenablement évaluée, mais les faits montrent qu'elle est certainement très importante (Pai & Kapur, 1982 ; Fadden et al., 1987 ; Winefield & Harvey, 1994). Aux difficultés financières s'ajoutent la charge émotionnelle de la maladie, le stress dû au comportement perturbé du malade, le dérèglement de la vie de famille au quotidien et les entraves à la vie sociale (OMS, 1997a). Les frais thérapeutiques sont souvent à la charge des proches, faute d'assurance ou lorsque celle-ci ne couvre pas les troubles mentaux.

**Tableau 2.1 Prévalence de troubles psychiatriques majeurs dans les structures de soins de santé primaires**

| Villes | Dépression (%) | Anxiété généralisée (%) | Dépendance alcoolique (%) | Ensemble des troubles mentaux (d'après le CIDI[a]) (%) |
|---|---|---|---|---|
| Ankara (Turquie) | 11,6 | 0,9 | 1,0 | 16,4 |
| Athènes (Grèce) | 6,4 | 14,9 | 1,0 | 19,2 |
| Bangalore (Inde) | 9,1 | 8,5 | 1,4 | 22,4 |
| Berlin (Allemagne) | 6,1 | 9,0 | 5,3 | 18,3 |
| Groningue (Pays-Bas) | 15,9 | 6,4 | 3,4 | 23,9 |
| Ibadan (Nigéria) | 4,2 | 2,9 | 0,4 | 9,5 |
| Mainz (Allemagne) | 11,2 | 7,9 | 7,2 | 23,6 |
| Manchester (Royaume-Uni) | 16,9 | 7,1 | 2,2 | 24,8 |
| Nagasaki (Japon) | 2,6 | 5,0 | 3,7 | 9,4 |
| Paris (France) | 13,7 | 11,9 | 4,3 | 26,3 |
| Rio de Janeiro (Brésil) | 15,8 | 22,6 | 4,1 | 35,5 |
| Santiago (Chili) | 29,5 | 18,7 | 2,5 | 52,5 |
| Seattle (Etats-Unis d'Amérique) | 6,3 | 2,1 | 1,5 | 11,9 |
| Shanghai (Chine) | 4,0 | 1,9 | 1,1 | 7,3 |
| Vérone (Italie) | 4,7 | 3,7 | 0,5 | 9,8 |
| **Total** | **10,4** | **7,9** | **2,7** | **24,0** |

[a] CIDI : Questionnaire composite international pour le diagnostic.

Source : Goldberg DP, Lecrubier Y (1995). Form and frequency of mental disorders across centres. Dans: Üstün TB, Sartorius N, *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons [pour le compte de l'OMS] : 323-334.



En plus des conséquences directes, il faut tenir compte de tout ce à quoi la maladie oblige à renoncer. Les familles sont contraintes de s'adapter et de faire des compromis qui empêchent certains de leurs membres de se réaliser pleinement dans leur travail, leur vie sociale ou leurs loisirs (Gallagher & Mechanic, 1996). Quoique difficile à cerner et à quantifier, cette dimension humaine n'en est pas moins importante. Les familles doivent souvent consacrer une bonne partie de leur temps à s'occuper du malade et sont gênées financièrement et socialement parce que l'un des leurs n'est pas pleinement productif. Elles vivent également dans la crainte perpétuelle d'une rechute qui viendrait subitement perturber la vie du foyer.

L'impact des troubles mentaux sur la communauté est aussi profond que multiple : coût des soins, perte de productivité, problèmes d'ordre juridique, y compris la violence, encore que celle-ci soit bien plus souvent le fait de gens « normaux » que de malades mentaux.

L'un des aspects de cet impact est l'incidence sanitaire. Généralement, les statistiques sanitaires nationales et internationales le mesurent uniquement en termes d'incidence/prévalence et de mortalité. Ces indices conviennent bien pour les maladies aiguës qui se soldent soit par un décès, soit par une guérison complète, mais s'appliquent mal aux maladies chroniques et invalidantes. C'est particulièrement vrai pour les troubles mentaux et du comportement, qui provoquent plus souvent une incapacité qu'un décès prématuré. L'un des moyens de rendre compte de la chronicité des troubles et des incapacités qu'ils engendrent est la méthode employée pour calculer la charge mondiale de morbidité (CMM), brièvement décrite dans l'Encadré 2.2. D'après les estimations faites initialement pour 1990, les troubles mentaux et neurologiques représentaient 10,5 % du nombre total d'AVCI, toutes maladies et tous traumatismes confondus. Pour la première fois, un chiffre fait ressortir l'importance de la charge de morbidité liée à ces troubles. Il est de 12,3 % pour 2000 (voir la Figure 2.1) Les affections neuropsychiatriques figurent parmi les vingt premières causes

**Encadré 2.2 Charge mondiale de morbidité, 2000**

En 1993, la Harvard School of Public Health, en collaboration avec la Banque mondiale et l'OMS, a évalué la charge mondiale de morbidité (CMM).[1] Cette étude non seulement a permis d'établir les estimations les plus cohérentes et les plus complètes jamais obtenues de la mortalité et de la morbidité par âge, par sexe et par Région, mais inaugure un nouvel indice, les années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI), pour mesurer l'impact des maladies.[2,3] Les AVCI mesurent les écarts sanitaires en associant les chiffres relatifs aux décès prématurés à ceux qui concernent les incapacités et d'autres issues sanitaires non fatales. Une AVCI peut se définir comme une année de vie en bonne santé perdue, et la charge de morbidité comme l'écart entre la situation sanitaire réelle et une situation idéale où chacun atteindrait un âge avancé sans maladie ni incapacité. Au sujet de l'élaboration des AVCI et des progrès faits récemment dans le calcul de la charge de morbidité, voir Murray & Lopez (2000).[4]

L'Organisation mondiale de la Santé a entrepris une nouvelle évaluation de la charge mondiale de morbidité en l'an 2000, la CMM 2000, dans le but précis :

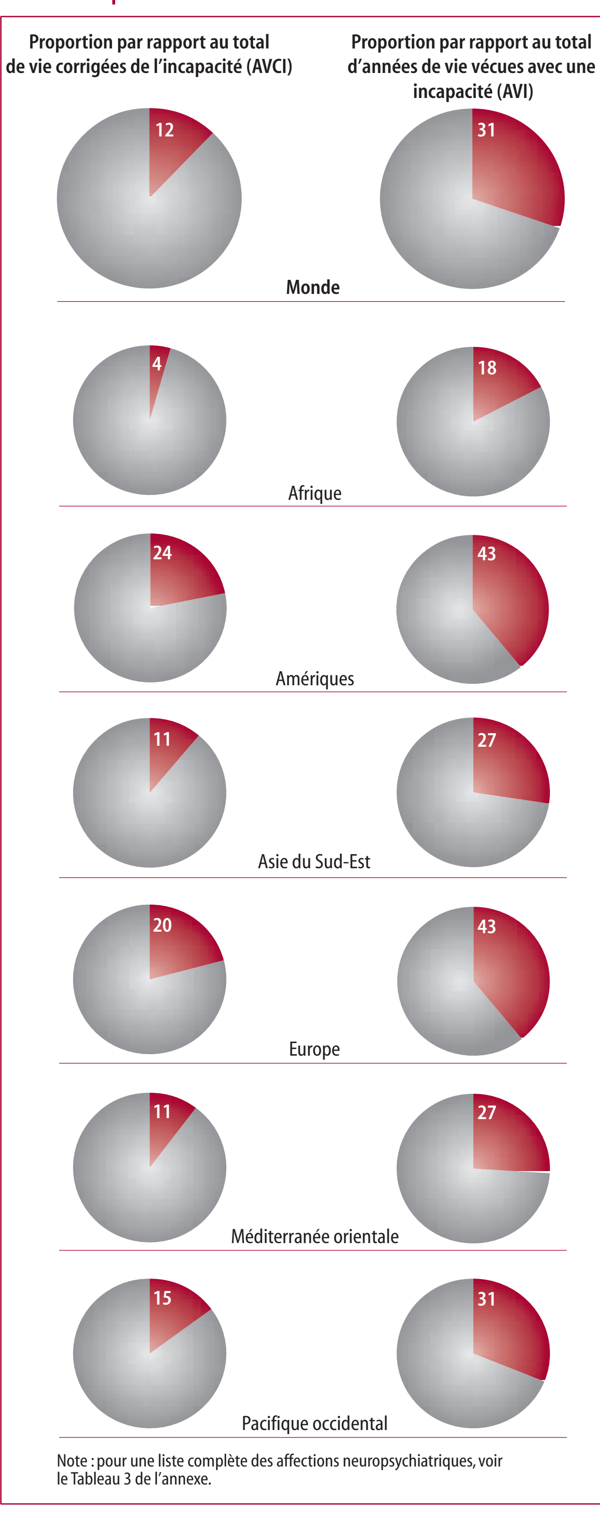
- de mesurer la mortalité prématurée et les incapacités par âge, par sexe et par région pour 135 causes ou catégories de causes majeures ;
- de déterminer, à l'aide d'un cadre comparatif, dans quelle mesure certains facteurs de risque contribuent à la charge de morbidité ;
- de prévoir plusieurs scénarios anticipant l'évolution de la charge de morbidité au cours des 30 prochaines années.

Les AVCI calculées pour une maladie sont la somme des années de vie perdues à la suite des décès prématurés survenus dans la population et des années perdues pour cause d'incapacité (AVI) pour les cas incidents de la maladie en question. L'AVCI, unité qui mesure un écart, élargit la notion d'années potentielles de vie perdues par mortalité prématurée pour y inclure les années de vie en bonne santé perdues en raison d'un état de santé qui n'est pas optimal, que l'on désigne par le terme général d'incapacité.

Les résultats de la CMM 2000 donnés ici pour les troubles neuropsychiatriques découlent d'une analyse approfondie des chiffres de mortalité pour toutes les régions du monde et d'un bilan systématique des études épidémiologiques et des enquêtes en population sur la santé mentale. Les résultats définitifs de la CMM 2000 seront publiés en 2002.

[1] Banque mondiale (1993). *Rapport sur le développement dans le monde 1993 : investir dans la santé*. Washington, Banque mondiale.
[2] Murray CJL, Lopez AD, (1996a). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), Harvard School of Public Health [pour le compte de l'Organisation mondiale de la Santé et de la Banque mondiale] (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).
[3] Murray CJL, Lopez AD (1996b). *Global health statistics*. Cambridge, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), Harvard School of Public Health [pour le compte de l'Organisation mondiale de la Santé et de la Banque mondiale] (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. II).
[4] Murray CJL, Lopez AD (2000). Progress and directions in refining the global burden of disease approach: a response to Williams. *Health Economics*, 9: 69-82.

**Figure 2.1 Part des affections neuropsychiatriques dans la charge totale de morbidité, dans le monde et dans les Régions OMS, estimations pour 2000**




Note : pour une liste complète des affections neuropsychiatriques, voir le Tableau 3 de l'annexe.

d'AVCI tous âges confondus et parmi les six premières dans la tranche d'âge 15-44 ans (voir la Figure 2.2). En Australie, des estimations récentes basées sur des méthodes rigoureuses et sur différentes sources de données confirment que les troubles mentaux sont la première cause d'incapacité (Vos & Mathers, 2000). Si l'on analyse les tendances, une rapide augmentation paraît inévitable. D'après les prévisions, la proportion devrait atteindre 15 % en 2020 (Murray & Lopez, 1996a). La Figure 2.1 indique la part que représentent les affections neuropsychiatriques sur le total d'AVCI et d'AVI dans le monde et par Région.

Si l'on s'en tient à la seule incapacité, les affections mentales et neurologiques représentent, d'après les estimations de la CMM en 2000, 30,8 % de toutes les années vécues avec une incapacité (AVI). De fait, la dépression est la première cause d'incapacité, avec presque 12 % du total. Six autres affections neuropsychiatriques figurent parmi les vingt premières causes d'incapacité dans le monde (AVI) : dépression unipolaire, l'alcoolisme, la schizophrénie, les troubles affectifs bipolaires, la maladie d'Alzheimer et autres démences, et la migraine (voir la Figure 2.3).

Le taux d'incapacité imputable aux troubles mentaux et neurologiques est élevé dans toutes les régions du monde. Il est toutefois plus faible dans les pays en développement, à cause surtout des nombreuses incapacités que provoquent les maladies transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles dans ces pays. Les troubles neuropsychiatriques sont tout de même à l'origine de 17,6 % de toutes les AVI en Afrique.

L'exactitude des estimations des AVCI et des AVI calculées pour les troubles mentaux et neurologiques en 2000 est plus ou moins grande selon la certitude avec laquelle on connaît la prévalence des affections dans les différentes régions du monde et leur distribution par degré de gravité. Les chiffres de prévalence des troubles mentaux sont particulièrement incertains dans nombre de régions à cause de l'imprécision des dispositifs de déclaration par l'intéressé utilisés pour classer les symptômes mentaux de façon comparable entre les populations, des difficultés que pose la généralisation des enquêtes en sous-population à des groupes plus importants et du manque de données permettant de classer les symptômes invalidants des affections mentales par degré de gravité.

## Coûts économiques pour la société

Les conséquences économiques des troubles mentaux sont profondes, multiples et durables. Ces troubles entraînent toute une série de coûts pour l'individu, sa famille et l'ensemble de la communauté. Certains de ces coûts sont évidents et quantifiables, d'autres presque im-



possibles à mesurer. Au nombre des premiers figurent le coût des services sanitaires et sociaux, la perte d'emploi et la baisse de productivité, l'incidence sur la famille et les gardes-malades, la criminalité et l'insécurité ainsi que le décès prématuré.

On a calculé, principalement dans des pays industrialisés, le coût économique total des troubles mentaux. Il a été ainsi estimé que le coût annuel cumulé aux Etats-Unis d'Amérique représentait environ 2,5 % du produit national brut (Rice et al., 1990). Quelques études ont été réalisées en Europe pour déterminer la part des dépenses consacrées aux troubles mentaux dans le coût total des services de santé. Le chiffre estimatif était de 23,2 % aux Pays-Bas (Meerding et al., 1998) et de 22 % au Royaume-Uni (Patel & Knapp, 1998), où seuls les frais d'hospitalisation ont été pris en compte. On ne dispose d'aucune estimation

**Figure 2.2 Principales cause d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI), tous âges confondus et chez les 15-44 ans, par sexe, estimations pour 2000[a]**

| | Hommes et femmes, tous âges | % du total |
|---|---|---|
| 1 | Infections des voies respiratoires basses | 6,4 |
| 2 | Affections périnatales | 6,2 |
| 3 | VIH/SIDA | 6,1 |
| 4 | Troubles dépressifs unipolaires | 4,4 |
| 5 | Maladies diarrhéiques | 4,2 |
| 6 | Cardiopathie ischémique | 3,8 |
| 7 | Maladie cérébrovasculaire | 3,1 |
| 8 | Accidents de la voie publique | 2,8 |
| 9 | Paludisme | 2,7 |
| 10 | Tuberculose | 2,4 |
| 11 | Maladie pulmonaire obstructive chronique | 2,3 |
| 12 | Malformations congénitales | 2,2 |
| 13 | Rougeole | 1,9 |
| 14 | Anémie ferriprive | 1,8 |
| 15 | Atteinte auditive chez l'adulte | 1,7 |
| 16 | Chutes | 1,3 |
| 17 | Lésions auto-infligées | 1,3 |
| 18 | Troubles liés à l'alcool | 1,3 |
| 19 | Malnutrition protéino-énergétique | 1,1 |
| 20 | Arthrose | 1,1 |

| | Hommes, tous âges | % du total |
|---|---|---|
| 1 | Affections périnatales | 6,4 |
| 2 | Infections des voies respiratoires basses | 6,4 |
| 3 | VIH/SIDA | 5,8 |
| 4 | Maladies diarrhéiques | 4,2 |
| 5 | Cardiopathie ischémique | 4,2 |
| 6 | Accidents de la voie publique | 4,0 |
| 7 | Troubles dépressifs unipolaires | 3,4 |
| 8 | Maladie cérébrovasculaire | 3,0 |
| 9 | Tuberculose | 2,9 |
| 10 | Paludisme | 2,5 |
| 11 | Maladie pulmonaire obstructive chronique | 2,4 |
| 12 | Malformations congénitales | 2,2 |
| 13 | Troubles liés à l'alcool | 2,1 |
| 14 | Rougeole | 1,8 |
| 15 | Atteinte auditive chez l'adulte | 1,8 |
| 16 | Violence | 1,6 |
| 17 | Anémie ferriprive | 1,5 |
| 18 | Chutes | 1,5 |
| 19 | Lésions auto-infligées | 1,5 |
| 20 | Cirrhose du foie | 1,4 |

| | Femmes, tous âges | % du total |
|---|---|---|
| 1 | VIH/SIDA | 6,5 |
| 2 | Infections des voies respiratoires basses | 6,4 |
| 3 | Affections périnatales | 6,0 |
| 4 | Troubles dépressifs unipolaires | 5,5 |
| 5 | Maladies diarrhéiques | 4,2 |
| 6 | Cardiopathie ischémique | 3,3 |
| 7 | Maladie cérébrovasculaire | 3,2 |
| 8 | Paludisme | 3,0 |
| 9 | Malformations congénitales | 2,2 |
| 10 | Maladie pulmonaire obstructive chronique | 2,1 |
| 11 | Anémie ferriprive | 2,1 |
| 12 | Tuberculose | 2,0 |
| 13 | Rougeole | 2,0 |
| 14 | Atteinte auditive chez l'adulte | 1,7 |
| 15 | Accidents de la voie publique | 1,5 |
| 16 | Arthrose | 1,4 |
| 17 | Malnutrition protéino-énergétique | 1,2 |
| 18 | Lésions auto-infligées | 1,1 |
| 19 | Diabète sucré | 1,1 |
| 20 | Chutes | 1,1 |

| | Hommes et femmes, 15–44 ans | % du total |
|---|---|---|
| 1 | VIH/SIDA | 13,0 |
| 2 | Troubles dépressifs unipolaires | 8,6 |
| 3 | Accidents de la voie publique | 4,9 |
| 4 | Tuberculose | 3,9 |
| 5 | Troubles liés à l'alcool | 3,0 |
| 6 | Lésions auto-infligées | 2,7 |
| 7 | Anémie ferriprive | 2,6 |
| 8 | Schizophrénie | 2,6 |
| 9 | Trouble affectif bipolaire | 2,5 |
| 10 | Violence | 2,3 |
| 11 | Atteinte auditive chez l'adulte | 2,0 |
| 12 | Maladie pulmonaire obstructive chronique | 1,5 |
| 13 | Cardiopathie ischémique | 1,5 |
| 14 | Maladie cérébrovasculaire | 1,4 |
| 15 | Chutes | 1,3 |
| 16 | Dystocie | 1,3 |
| 17 | Avortement | 1,2 |
| 18 | Arthrose | 1,2 |
| 19 | Guerre | 1,2 |
| 20 | Trouble panique | 1,2 |

| | Hommes, 15–44 ans | % du total |
|---|---|---|
| 1 | VIH/SIDA | 12,1 |
| 2 | Accidents de la voie publique | 7,7 |
| 3 | Troubles dépressifs unipolaires | 6,7 |
| 4 | Troubles liés à l'alcool | 5,1 |
| 5 | Tuberculose | 4,5 |
| 6 | Violence | 3,7 |
| 7 | Lésions auto-infligées | 3,0 |
| 8 | Schizophrénie | 2,5 |
| 9 | Trouble affectif bipolaire | 2,4 |
| 10 | Anémie ferriprive | 2,1 |
| 11 | Atteinte auditive chez l'adulte | 2,0 |
| 12 | Cardiopathie ischémique | 1,9 |
| 13 | Guerre | 1,7 |
| 14 | Chutes | 1,7 |
| 15 | Cirrhose du foie | 1,6 |
| 16 | Troubles liés à l'utilisation de drogues | 1,6 |
| 17 | Maladie cérébrovasculaire | 1,5 |
| 18 | Maladie pulmonaire obstructive chronique | 1,5 |
| 19 | Asthme | 1,4 |
| 20 | Noyades | 1,1 |

| | Femmes, 15–44 ans | % du total |
|---|---|---|
| 1 | VIH/SIDA | 13,9 |
| 2 | Troubles dépressifs unipolaires | 10,6 |
| 3 | Tuberculose | 3,2 |
| 4 | Anémie ferriprive | 3,2 |
| 5 | Schizophrénie | 2,8 |
| 6 | Dystocie | 2,7 |
| 7 | Trouble affectif bipolaire | 2,5 |
| 8 | Avortement | 2,5 |
| 9 | Lésions auto-infligées | 2,4 |
| 10 | Septicémie maternelle | 2,1 |
| 11 | Accidents de la voie publique | 2,0 |
| 12 | Atteinte auditive chez l'adulte | 2,0 |
| 13 | Chlamydiose | 1,9 |
| 14 | Trouble panique | 1,6 |
| 15 | Maladie pulmonaire obstructive chronique | 1,5 |
| 16 | Hémorragie maternelle | 1,5 |
| 17 | Arthrose | 1,4 |
| 18 | Maladie cérébrovasculaire | 1,3 |
| 19 | Migraine | 1,2 |
| 20 | Cardiopathie ischémique | 1,1 |

[a] Les affections neuropsychiatriques et les lésions auto-infligées (voir le Tableau 3 de l'annexe) sont mises en évidence.

**Figure 2.3 Principales causes d'années de vie vécues avec une incapacité (AVI), tous âges confondus et chez les 15–44 ans, par sexe, estimations pour 2000[a]**

| | Hommes et femmes, tous âges | % du total | | Hommes, tous âges | % du total | | Femmes, tous âges | % du total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Troubles dépressifs unipolaires | 11,9 | 1 | Troubles dépressifs unipolaires | 9,7 | 1 | Troubles dépressifs unipolaires | 14,0 |
| 2 | Atteinte auditive chez l'adulte | 4,6 | 2 | Troubles liés à l'alcool | 5,5 | 2 | Anémie ferriprive | 4,9 |
| 3 | Anémie ferriprive | 4,5 | 3 | Atteinte auditive chez l'adulte | 5,1 | 3 | Atteinte auditive chez l'adulte | 4,2 |
| 4 | Maladie pulmonaire obstructive chronique | 3,3 | 4 | Anémie ferriprive | 4,1 | 4 | Arthrose | 3,5 |
| 5 | Troubles liés à l'alcool | 3,1 | 5 | Maladie pulmonaire obstructive chronique | 3,8 | 5 | Maladie pulmonaire obstructive chronique | 2,9 |
| 6 | Arthrose | 3,0 | 6 | Chutes | 3,3 | 6 | Schizophrénie | 2,7 |
| 7 | Schizophrénie | 2,8 | 7 | Schizophrénie | 3,0 | 7 | Trouble affectif bipolaire | 2,4 |
| 8 | Chutes | 2,8 | 8 | Accidents de la voie publique | 2,7 | 8 | Chutes | 2,3 |
| 9 | Trouble affectif bipolaire | 2,5 | 9 | Trouble affectif bipolaire | 2,6 | 9 | Maladie d'Alzheimer et autres démences | 2,2 |
| 10 | Asthme | 2,1 | 10 | Arthrose | 2,5 | 10 | Dystocie | 2,1 |
| 11 | Malformations congénitales | 2,1 | 11 | Asthme | 2,3 | 11 | Cataractes | 2,0 |
| 12 | Affections périnatales | 2,0 | 12 | Affections périnatales | 2,2 | 12 | Migraine | 2,0 |
| 13 | Maladie d'Alzheimer et autres démences | 2,0 | 13 | Malformations congénitales | 2,2 | 13 | Malformations congénitales | 1,9 |
| 14 | Cataractes | 1,9 | 14 | Cataractes | 1,9 | 14 | Asthme | 1,8 |
| 15 | Accidents de la voie publique | 1,8 | 15 | Protéines energétiques | 1,8 | 15 | Affections périnatales | 1,8 |
| 16 | Malnutrition protéino-énergétique | 1,7 | 16 | Maladie d'Alzheimer et autres démences | 1,8 | 16 | Chlamydiose | 1,8 |
| 17 | Maladie cérébrovasculaire | 1,7 | 17 | Maladie cérébrovasculaire | 1,7 | 17 | Maladie cérébrovasculaire | 1,8 |
| 18 | VIH/SIDA | 1,5 | 18 | VIH/SIDA | 1,6 | 18 | Malnutrition protéino-énergétique | 1,6 |
| 19 | Migraine | 1,4 | 19 | Filariose lymphatique | 1,6 | 19 | Avortement | 1,6 |
| 20 | Diabète sucré | 1,4 | 20 | Troubles liés à l'utilisation de drogues | 1,6 | 20 | Trouble panique | 1,6 |

| | Hommes et femmes, 15–44 ans | % du total | | Hommes, 15–44 ans | % du total | | Femmes, 15–44 ans | % du total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Troubles dépressifs unipolaires | 16,4 | 1 | Troubles dépressifs unipolaires | 13,9 | 1 | Troubles dépressifs unipolaires | 18,6 |
| 2 | Troubles liés à l'alcool | 5,5 | 2 | Troubles liés à l'alcool | 10,1 | 2 | Anémie ferriprive | 5,4 |
| 3 | Schizophrénie | 4,9 | 3 | Schizophrénie | 5,0 | 3 | Schizophrénie | 4,8 |
| 4 | Anémie ferriprive | 4,9 | 4 | Trouble affectif bipolaire | 5,0 | 4 | Trouble affectif bipolaire | 4,4 |
| 5 | Trouble affectif bipolaire | 4,7 | 5 | Anémie ferriprive | 4,2 | 5 | Dystocie | 4,0 |
| 6 | Atteinte auditive chez l'adulte | 3,8 | 6 | Atteinte auditive chez l'adulte | 4,1 | 6 | Atteinte auditive chez l'adulte | 3,6 |
| 7 | VIH/SIDA | 2,8 | 7 | Accidents de la voie publique | 3,8 | 7 | Chlamydiose | 3,3 |
| 8 | Maladie pulmonaire obstructive chronique | 2,4 | 8 | VIH/SIDA | 3,2 | 8 | Avortement | 3,1 |
| 9 | Arthrose | 2,3 | 9 | Troubles liés à l'utilisation de drogues | 3,0 | 9 | Trouble panique | 2,8 |
| 10 | Accidents de la voie publique | 2,3 | 10 | Maladie pulmonaire obstructive chronique | 2,6 | 10 | VIH/SIDA | 2,5 |
| 11 | Trouble panique | 2,2 | 11 | Asthme | 2,5 | 11 | Arthrose | 2,5 |
| 12 | Dystocie | 2,1 | 12 | Chutes | 2,4 | 12 | Septicémie maternelle | 2,3 |
| 13 | Chlamydiose | 2,0 | 13 | Arthrose | 2,1 | 13 | Maladie pulmonaire obstructive chronique | 2,2 |
| 14 | Chutes | 1,9 | 14 | Filariose lymphatique | 2,1 | 14 | Migraine | 2,1 |
| 15 | Asthme | 1,9 | 15 | Trouble panique | 1,6 | 15 | Troubles liés à l'alcool | 1,5 |
| 16 | Troubles liés à l'utilisation de drogues | 1,8 | 16 | Tuberculose | 1,6 | 16 | Polyarthrite rhumatoïde | 1,4 |
| 17 | Avortement | 1,6 | 17 | Goutte | 1,3 | 17 | Trouble obsessionnel-compulsif | 1,4 |
| 18 | Migraine | 1,6 | 18 | Trouble obsessionnel-compulsif | 1,3 | 18 | Chutes | 1,4 |
| 19 | Trouble obsessionnel-compulsif | 1,4 | 19 | Violence | 1,2 | 19 | Etat de stress post-traumatique | 1,4 |
| 20 | Septicémie maternelle | 1,2 | 20 | Gonorrhée | 1,1 | 20 | Asthme | 1,3 |

[a] Les affections neuropsychiatriques et les lésions auto-infligées (voir le Tableau 3 de l'annexe) sont mises en évidence.

scientifique pour d'autres régions du monde, mais il est probable que les troubles mentaux y représentent aussi une part substantielle du coût économique global. Si leur coût direct est modique dans les pays où les services de santé mentale sont rares et où leur couverture est faible, c'est parce que le coût indirect induit par la perte de productivité est proportionnellement plus important que le coût direct. En outre, l'économie que représente l'absence de traitement risque en fait d'accroître les coûts indirects en prolongeant la durée des troubles et des incapacités qu'ils entraînent (Chisholm et al., 2000).

Toutes ces estimations sont très certainement inférieures au coût économique réel puisqu'elles ne tiennent pas compte du coût, pour les malades et leur famille, des occasions perdues.



### Incidence sur la qualité de la vie

Les troubles mentaux et du comportement perturbent profondément la vie des personnes touchées et de leur famille. Certes, le malheur et la souffrance ne se mesurent pas, mais on peut par exemple se faire une idée de l'impact de ces troubles grâce aux instruments servant à apprécier la qualité de la vie (Lehman et al., 1998). La méthode consiste à recueillir l'avis de l'intéressé sur plusieurs aspects de sa vie afin d'évaluer les conséquences néfastes des symptômes et des troubles (Orley et al., 1998). La qualité de vie des personnes atteintes de troubles mentaux a fait l'objet de plusieurs études d'où il ressort que le préjudice est non seulement considérable, mais durable (UK700 Group, 1999). On a constaté que la qualité de vie reste médiocre, même après la guérison, sous l'effet de facteurs sociaux tels que les préjugés et la discrimination qui perdurent. Les résultats des études semblent indiquer aussi que les personnes souffrant de troubles graves et longtemps placées en institution ont une qualité de vie inférieure à celle des malades qui vivent dans la communauté. Une récente étude a clairement montré que la non-satisfaction des besoins sociaux et fonctionnels de base était le premier facteur prédictif d'une mauvaise qualité de vie chez les sujets atteints de troubles sévères (UK700 Group, 1999).

Les désordres graves ne sont pas les seuls à nuire à la qualité de la vie. L'anxiété et les troubles paniques ont eux aussi des répercussions considérables, notamment sur le fonctionnement psychologique (Mendlowicz & Stein, 2000 ; Orley & Kuyken, 1994).

## Quelques troubles courants

Les troubles mentaux et du comportement forment un ensemble hétérogène. Certains sont légers, d'autres graves ; tels ne durent que quelques semaines, tels autres toute la vie ; certains ne se détectent que par un examen approfondi, alors que d'autres sont patents, même pour un observateur non averti. Le présent rapport met l'accent sur quelques troubles courants qui font peser un lourd fardeau sur la collectivité et sont généralement considérés comme très préoccupants, à savoir : les troubles dépressifs, les troubles liés à l'utilisation de substances, la schizophrénie, l'épilepsie, la maladie d'Alzheimer, le retard mental et les troubles de l'enfance et de l'adolescence. Le fait que l'épilepsie figure parmi eux mérite quelques explications. L'épilepsie est un trouble neurologique, classé avec les autres maladies du système nerveux dans le chapitre VI de la CIM-10. Toutefois, elle était regardée autrefois comme un trouble mental et l'est encore dans de nombreuses sociétés. A l'instar des personnes atteintes de troubles mentaux, les épileptiques font l'objet d'une stigmatisation et sont sévèrement handicapés s'ils ne sont pas soignés. Par ailleurs, l'épilepsie est souvent prise en charge par les professionnels de la santé mentale, en raison de sa fréquence et de la relative rareté des services neurologiques spécialisés, surtout dans les pays en développement. De plus, dans nombre de pays, la loi interdit aux personnes atteintes de troubles mentaux ou d'épilepsie d'exercer certaines fonctions officielles.

Pour quelques troubles choisis à titre d'exemples, on a indiqué brièvement dans la section ci-après les données épidémiologiques de base, la charge de morbidité, l'évolution et l'issue, ainsi que toute caractéristique notable, avant de traiter des interventions (chapitre 3) et des politiques et programmes de santé mentale (chapitre 4).

### Troubles dépressifs

La dépression se manifeste par une tristesse de l'humeur, une perte d'intérêt pour toute activité et une baisse de l'énergie. Les autres symptômes sont une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, une culpabilité injustifiée, des idées de mort et de suicide, des difficultés à se concentrer, des troubles du sommeil et une perte d'appétit. La dépression peut aussi s'accompagner de symptômes somatiques. Les états dépressifs sont courants, surtout après une épreuve douloureuse, mais on ne diagnostique un trouble dépressif

que si les symptômes atteignent un certain seuil et durent au moins deux semaines. La dépression a différents degrés de gravité, qui vont de léger à grave (Figure 1.3). Elle est le plus souvent épisodique, mais peut être aussi récurrente ou chronique. Elle est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. D'après les estimations de la CMM en 2000, la prévalence ponctuelle des épisodes dépressifs unipolaires est de 1,9 % chez les hommes contre 3,2 % chez les femmes, et quelque 5,8 % des hommes et 9,5 % des femmes auront un épisode dépressif sur une période de 12 mois. Les chiffres diffèrent selon les populations et sont parfois plus élevés chez certaines.

L'analyse de la CMM en 2000 montre aussi que les troubles dépressifs unipolaires sont un énorme fardeau pour la société et se placent au cinquième rang des causes de morbidité, avec 4,4 % des AVCI et le plus fort pourcentage d'AVI, soit 11,9 %. Dans la tranche d'âge 15-44 ans, c'est la deuxième cause de morbidité, avec 8,3 % des AVCI. Déjà considérable aujourd'hui, comme le montrent sans ambiguïté ces estimations, la charge de morbidité imputable à la dépression devrait s'accroître encore à l'avenir. En 2020, si la transition démographique et épidémiologique observée actuellement se poursuit, elle représentera 5,7 % de la charge totale de morbidité et deviendra la deuxième cause d'AVCI dans le monde, après les maladies cardio-vasculaires ischémiques, chez les deux sexes. Dans les pays développés, elle viendra en tête des causes de morbidité.

La dépression peut survenir à tout moment de l'existence, mais son incidence est maximum dans les classes d'âge moyennes. Toutefois, on prend de plus en plus conscience du problème chez les adolescents et les jeunes adultes (Lewinsohn et al., 1993). Il s'agit d'un trouble essentiellement caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs qui durent quelques mois, voire quelques années, et entre lesquels le sujet est normal. Dans quelque 20 % des cas, cependant, la dépression suit une évolution chronique sans rémission (Thornicroft & Sartorius, 1993), surtout en l'absence de traitement adéquat. Le taux de récidive est de 35 % environ pendant les deux années qui suivent le premier épisode, et de 60 % environ sur 12 ans. Il est plus élevé chez les plus de 45 ans. L'issue la plus tragique est le suicide. Près de 15 à 20 % des dépressifs mettent fin à leurs jours (Goodwin & Jamison, 1990). Le suicide demeure une issue fréquente et pourtant évitable de la dépression.

Le trouble affectif bipolaire est une maladie dépressive s'accompagnant d'épisodes maniaques caractérisés par une élévation de l'humeur, une augmentation de l'activité, une surestimation de soi et une diminution de la concentration. D'après les estimations de la CMM en 2000, sa prévalence ponctuelle se situe aux alentours de 0,4 %.

Pour résumer, la dépression est un trouble mental courant, responsable d'une lourde charge de morbidité, et qui devrait progresser au cours des 20 prochaines années.

## Troubles liés à l'utilisation de substances

Parmi les troubles mentaux et du comportement résultant de l'utilisation de substances psychoactives figurent les troubles liés à l'utilisation d'alcool, d'opiacés tels que l'opium ou l'héroïne, de dérivés du cannabis comme la marijuana, de sédatifs ou d'hypnotiques, de cocaïne, d'autres stimulants, d'hallucinogènes, de tabac et de solvants volatils. Le tableau clinique comprend l'intoxication, l'utilisation nocive pour la santé, la dépendance et les troubles psychotiques. On pose le diagnostic d'utilisation nocive lorsque la consommation est préjudiciable à la santé physique ou mentale. Le syndrome de dépendance se caractérise par un désir puissant d'utiliser la substance, une difficulté à en contrôler l'utilisation, un syndrome de sevrage physiologique, une tolérance aux effets de la substance, l'abandon d'autres sources de plaisir et d'intérêt, et la poursuite de la consommation malgré ses effets nocifs sur soi-même et sur autrui.

Les substances consommées (et les troubles qui y sont liés) varient d'une région à l'autre, mais, dans l'ensemble du monde, les produits les plus utilisés et qui ont les plus graves conséquences en santé publique sont le tabac et l'alcool.



L'usage du tabac est extrêmement répandu, le plus souvent sous la forme de cigarettes. La Banque mondiale estime que, dans les pays à haut revenu, les soins liés au tabagisme représentent 6 à 15,1 % des dépenses annuelles de santé (Banque mondiale, 1999).

Aujourd'hui, près d'un adulte sur trois fume, soit 1,2 milliard de personnes. D'ici 2025, le nombre de fumeurs devrait dépasser 1,6 milliard. On estime qu'en 1990, le nombre annuel de décès dus au tabac était supérieur à 3 millions, chiffre qui est passé à 4 millions en 1998. Selon les prévisions, le nombre de décès imputables au tabac sera de 8,4 millions en 2020 et atteindra 10 millions par an vers 2030. Toutefois, la progression ne sera pas uniformément répartie. On s'attend en effet à ce que les décès augmentent de 50 % dans les pays développés, passant de 1,6 à 2,4 millions, tandis qu'en Asie, ils seront quasiment multipliés par quatre, passant de 1,1 million en 1990 à un total estimatif de 4,2 millions en 2020 (Murray & Lopez, 1997).

Outre les facteurs sociaux et comportementaux à l'origine du tabagisme, on observe chez la majorité des fumeurs réguliers une dépendance manifeste à la nicotine qui les empêche de renoncer au tabac. L'Encadré 2.3 décrit le lien entre les troubles mentaux et le tabagisme.

L'alcool est lui aussi d'usage courant dans la plupart des régions du monde. La prévalence ponctuelle des troubles liés à l'alcool (utilisation nocive pour la santé et dépendance) chez l'adulte serait voisine de 1,7 % selon l'analyse de la CMM en 2000. Le taux est de 2,8 % chez les hommes et de 0,5 % chez les femmes. La prévalence varie énormément selon les régions : très faible dans certains pays du Moyen-Orient, elle dépasse 5 % en Amérique du Nord et dans certaines parties d'Europe orientale.

### Encadré 2.3 Tabagisme et troubles mentaux

Le lien entre le tabagisme et les troubles mentaux est complexe. Les résultats de la recherche montrent que les professionnels de la santé mentale devraient accorder bien plus d'attention à l'usage du tabac chez leurs patients pendant et après le traitement afin de prévenir les problèmes qui y sont associés.

Les personnes atteintes de troubles mentaux fument près de deux fois plus que les autres ; les schizophrènes et les alcoolo-dépendants sont très souvent de gros fumeurs, la proportion pouvant atteindre 86 %.[1-3] Une étude récemment menée aux Etats-Unis d'Amérique a révélé que 41 % des personnes souffrant de troubles mentaux fumaient, contre 22,5 % de la population générale ; 44 % des cigarettes fumées dans ce pays le seraient par des malades mentaux.[4]

Le tabagisme régulier commence plus jeune chez les adolescents de sexe masculin atteints d'un trouble de l'attention,[5] et les personnes souffrant de dépression sont plus nombreuses à fumer.[6] On a longtemps pensé que les sujets déprimés avaient tendance à fumer davantage à cause de leurs symptômes, mais de nouveaux éléments semblent indiquer une relation inverse. Une étude chez les adolescents a en effet montré que la dépression survient plus souvent chez ceux qui fument déjà, ce qui tendrait à prouver que le tabagisme est en fait à l'origine de la dépression dans cette tranche d'âge.[7]

Les personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation d'alcool et de drogues changent elles aussi systématiquement de comportement à l'égard du tabac quand elles sont sous traitement. D'après une récente étude, les gros fumeurs réduisent leur consommation de tabac pendant la cure de désintoxication, alors que ceux qui fumaient peu se mettent à fumer davantage.[8]

Les raisons précises pour lesquelles le tabagisme est fréquent chez les personnes atteintes de troubles mentaux et du comportement restent floues ; des mécanismes neurochimiques ont été mis en cause.[9] La nicotine est une substance chimique fortement psychoactive qui influe diversement sur le cerveau : elle a un effet de « renforcement » et elle active le système récompensant ; elle stimule également la production de dopamine dans certaines parties du cerveau en rapport étroit avec les troubles mentaux. Il se peut aussi que les malades mentaux consomment de la nicotine pour atténuer leur détresse et les autres effets indésirables de leurs symptômes. L'environnement social, notamment l'isolement et l'ennui, peut également jouer un rôle. C'est particulièrement frappant en milieu institutionnel. Quoi qu'il en soit, il ne fait aucun doute que les personnes atteintes de troubles mentaux s'exposent à des risques supplémentaires en fumant beaucoup.

[1] Hugues JR et al. (1986). Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 143: 993-997.
[2] Goff DC et al. (1992). Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side-effects. *American Journal of Psychiatry*, 149: 1189-1194.
[3] True WR et al. (1999). Common genetic vulnerability for nicotine and alcohol dependence in men. *Archives of General Psychiatry*, 56: 655-661.
[4] Lasser K et al. (2000). Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *Journal of the American Medical Association*, 284: 2606-2610.
[5] Castellanos FX et al. (1994). Quantitative morphology of the caudate nucleus in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151(12): 1791-1796.
[6] Pomerleau OF et al. (1995). Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Substance Abuse*, 7(3): 373-368.
[7] Goodman E, Capitman J (2000). Depressive symptoms and cigarette smoking among teens. *Pediatrics,* 106(4): 748-755.
[8] Harris J et al. (2000). Changes in cigarette smoking among alcohol and drug misusers during inpatient detoxification. *Addiction Biology*, 5: 443-450.
[9] Batra A (2000). Tobacco use and smoking cessation in the psychiatric patient. *Forschritte de Neurologie-Psychiatrie*, 68: 80-92.

Etant donné que la consommation d'alcool augmente rapidement dans certains pays en développement (Jernigan et al., 2000 ; Riley & Marshall, 1999 ; OMS, 1999), la situation risque de s'aggraver encore (OMS, 2000b). Chez les populations indigènes du monde entier, l'abus d'alcool et les problèmes qui y sont associés sont plus fréquents et constituent un grave sujet de préoccupation.

L'alcoolisme est une cause importante de morbidité. D'après l'étude sur la charge mondiale de morbidité (Murray & Lopez, 1996a), il serait à l'origine de 1,5 % de tous les décès et de 3,5 % du total des AVCI. Cette charge globale comprend les troubles physiques (comme la cirrhose) et les traumatismes (par exemple, les accidents de la circulation) imputables à l'alcool.

L'alcool coûte cher à la société. Le coût annuel de l'alcoolisme aux Etats-Unis d'Amérique a été estimé à US $148 milliards, dont US $19 milliards pour les dépenses de santé (Harwood et al., 1998). Au Canada, le coût économique de l'alcoolisme s'élève approximativement à US $18,4 milliards, soit 2,7 % du produit intérieur brut. Les statistiques d'autres pays situent le coût des problèmes liés à l'alcool à environ 1 % du produit intérieur brut (Collins & Lapsely, 1996 ; Rice et al., 1991). D'après une récente étude, les frais hospitaliers liés à l'alcoolisme atteignaient en 1998 US $51 millions au Nouveau-Mexique (Etats-Unis d'Amérique), alors que les taxes sur l'alcool ne dépassaient pas US $35 millions (New Mexico Department of Health, 2001), ce qui montre clairement que la collectivité dépense plus pour le traitement des problèmes liés à l'alcool que ce produit ne lui rapporte.

Outre le tabac et l'alcool, bien d'autres substances, généralement regroupées dans la catégorie générale des drogues, peuvent être nocives pour la santé. Cette catégorie englobe les drogues illicites telles que l'héroïne, la cocaïne et le cannabis. La prévalence sur une période de la toxicomanie et de la pharmacodépendance se situe entre 0,4 % et 4 %, mais le type de produit consommé varie énormément d'une région à l'autre. D'après l'analyse de la CMM en 2000, la prévalence ponctuelle des troubles liés à l'utilisation d'héroïne et de cocaïne serait de 0,25 %. L'injection de drogue présente un risque d'infection considérable, notamment par les virus des hépatites B et C et par le VIH. On estime à 5 millions environ le nombre de personnes dans le monde qui s'injectent des drogues illicites. La prévalence de l'infection à VIH chez cette catégorie de toxicomanes atteint 20 à 80 % dans de nombreuses villes. La fréquence croissante de la transmission du VIH par l'injection de drogues suscite une vive inquiétude partout dans le monde, et surtout dans les pays d'Europe centrale et orientale (ONUSIDA, 2000).

D'après le calcul de la CMM en 2000, les drogues illicites seraient responsables de 0,4 % de la charge totale de morbidité. Aux Etats-Unis d'Amérique, le coût économique de l'abus de drogues et de la pharmacodépendance a été estimé à US $98 milliards (Harwood et al., 1998). Toutefois, la charge de morbidité et le coût estimé ne tiennent pas compte des répercussions sociales de la toxicomanie. La consommation de tabac et d'alcool, qui favorise le passage à d'autres substances psychoactives, commence en effet chez les jeunes. Ainsi, le tabac et l'alcool contribuent indirectement à une bonne partie de la charge de morbidité liée à l'utilisation d'autres produits et aux maladies qui en résultent.

On se demande souvent si les troubles liés à l'utilisation de substances sont de véritables pathologies ou des comportements déviants de personnes qui s'adonnent délibérément à une activité qui leur est préjudiciable. Le fait d'essayer une substance psychoactive relève généralement d'un choix personnel, alors que la dépendance engendrée par un usage répété ne résulte pas d'une décision consciente et éclairée ni d'une faiblesse morale, mais d'un ensemble complexe de facteurs génétiques, physiologiques et environnementaux. Il est très difficile de déterminer le moment exact où une personne devient dépendante d'une substance (qu'elle soit licite ou illicite), et il semble bien que la dépendance ne soit pas un état bien défini, mais qu'elle s'installe progressivement, d'abord discrète pour devenir ensuite grave et lourde de conséquences physiques, mentales et socio-économiques.



De plus en plus de données mettent en évidence des modifications neurochimiques au niveau cérébral qui accompagnent, et surtout expliquent, nombre de caractéristiques essentielles de la pharmacodépendance. Même les données cliniques incitent à considérer la pharmacodépendance à la fois comme une pathologie chronique et comme un problème social (Leshner, 1997 ; McLellan et al., 2000). Les origines communes de la dépendance à diverses substances et la forte prévalence de la dépendance multiple portent à croire également que la pharmacodépendance est un trouble mental complexe qui pourrait être dû à un dysfonctionnement cérébral.

## Schizophrénie

La schizophrénie est un trouble grave qui se déclare généralement à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Elle se caractérise par des distorsions fondamentales de la pensée et de la perception ainsi que par des affects inappropriés. Ce désordre entraîne une altération des fonctions les plus essentielles qui permettent à chacun d'être conscient de son identité, de son unicité et de son autonomie. Le comportement peut être gravement perturbé pendant certaines phases et avoir des conséquences sociales néfastes. Le sujet schizophrène croit fermement à des idées fausses et sans aucun fondement (délire).

L'évolution de la schizophrénie est variable. Dans un tiers des cas environ, la rémission symptomatique et sociale est complète. La schizophrénie peut cependant devenir chronique ou récurrente, avec symptômes résiduels et rémission sociale incomplète. Les sujets atteints de schizophrénie chronique représentaient autrefois un vaste contingent des malades soignés dans les établissements psychiatriques, et c'est toujours le cas lorsque ces institutions existent encore. Grâce aux progrès des pharmacothérapies et des thérapies psychosociales, près de la moitié des personnes chez qui se déclare une schizophrénie peuvent espérer une guérison complète et durable. Chez environ un cinquième des autres seulement, les activités quotidiennes restent profondément perturbées.

La fréquence du trouble est quasi identique pour les deux sexes, mais on note chez la femme un âge de survenue souvent plus tardif ainsi qu'une évolution et un pronostic plus favorables.

L'étude sur la CMM en 2000 rapporte une prévalence ponctuelle de 0,4 %. La schizophrénie est très incapacitante. D'après une étude réalisée récemment dans 14 pays sur les incapacités associées aux affections physiques et mentales, la psychose évolutive a été placée au troisième rang des maladies invalidantes par la population générale, avant la paraplégie et la cécité (Üstün et al., 1999).

Selon l'étude sur la charge mondiale de morbidité, la schizophrénie est responsable de 1,1 % du nombre total d'AVCI et de 2,8 % des AVI. Son coût économique pour la société est lui aussi important. Aux Etats-Unis d'Amérique, le coût direct de la schizophrénie a été estimé pour 1991 à US $19 milliards et la perte de productivité à US $46 milliards.

Même quand les symptômes les plus évidents ont disparu, il reste parfois des symptômes résiduels : manque d'intérêt et d'initiative dans les activités quotidiennes et au travail, altération des performances sociales et incapacité de s'adonner à des activités de loisir. Ces symptômes, qui risquent d'entraîner une incapacité permanente et une détérioration de la qualité de vie, peuvent représenter un fardeau considérable pour les familles (Pai & Kapur, 1982). Il a été montré à maintes reprises que la schizophrénie suit un cours moins défavorable dans les pays en développement (Kulhara & Wig, 1978 ; Thara & Eaton, 1996). Dans l'une des études internationales multisites, par exemple, 63 % des malades étaient en rémission complète au bout de deux ans dans les pays en développement, contre 37 % dans les pays développés (Jablensky et al., 1992). On a tenté d'expliquer cette différence par le fait que les liens familiaux sont plus solides et les malades moins sollicités, mais les raisons exactes restent floues.

Un nombre important de schizophrènes tentent de se suicider à un stade ou à un autre

de leur maladie. D'après une récente étude, 30 % des personnes chez qui l'on avait diagnostiqué une schizophrénie avaient fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie (Radomsky et al., 1999). Environ 10 % des schizophrènes se donnent la mort (Caldwell & Gottesman, 1990). A l'échelle mondiale, la schizophrénie réduit de 10 ans en moyenne la durée de vie des personnes atteintes.

## Epilepsie

L'épilepsie est l'affection cérébrale la plus répandue dans la population générale. Elle se caractérise par des crises récurrentes dues à des décharges électriques excessives dans une partie ou dans la totalité du cerveau. La plupart des épileptiques ne présentent pas d'anomalie cérébrale évidente ou démontrable, hormis les décharges paroxystiques. Toutefois, chez un certain nombre de sujets, la maladie s'accompagne d'une lésion cérébrale qui peut être à l'origine d'autres dysfonctionnements physiques comme la spasticité ou l'arriération mentale.

Ses causes sont diverses : prédisposition génétique, lésions cérébrales dues à des complications à la naissance, infections ou parasitoses, traumatismes crâniens, intoxication et tumeurs. Dans les pays en développement, la cysticercose, la schistosomiase, la toxoplasmose, le paludisme et l'encéphalite tuberculeuse ou virale figurent parmi les maladies infectieuses fréquemment responsables de l'épilepsie (Senanayake & Román, 1993). Les crises épileptiques sont de fréquence très variable et peuvent tout aussi bien survenir plusieurs fois par jour qu'une seule fois en plusieurs mois. L'épilepsie se manifeste différemment selon les zones du cerveau touchées. Il se produit généralement une perte de conscience soudaine pouvant s'accompagner de convulsions. Une chute pendant la crise peut provoquer des traumatismes.

D'après les estimations de la CMM en 2000, 37 millions environ de personnes dans le monde souffrent d'épilepsie primaire. Si l'on tient compte des cas dus à d'autres maladies ou à des traumatismes, le nombre total de personnes atteintes passe à près de 50 millions. On estime que plus de 80 % des épileptiques vivent dans les pays en développement.

L'épilepsie représente un fardeau important pour la collectivité, surtout dans les pays en développement où, la plupart du temps, elle n'est pas soignée. D'après les estimations de la CMM en 2000, elle est à l'origine de 0,5 % de la charge totale de morbidité. Outre une incapacité physique et mentale, elle entraîne souvent de graves conséquences psychosociales pour le malade et sa famille. La stigmatisation que suscite cette maladie empêche les épileptiques de prendre part à des activités normales comme l'éducation, le mariage, le travail et le sport.

L'épilepsie se déclare en général pendant l'enfance et peut devenir chronique. Le taux de guérison spontanée est assez élevé et nombre de cas initialement diagnostiqués n'ont plus de crises au bout de trois ans.

## Maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est une maladie cérébrale dégénérative primitive. La démence de la maladie d'Alzheimer est classée parmi les troubles mentaux et du comportement dans la CIM-10. Elle se caractérise par un déclin progressif des fonctions cognitives telles que la mémoire, l'idéation, la compréhension, le calcul, le langage, la capacité d'apprendre et le jugement. On pose le diagnostic de démence lorsque ces perturbations sont telles qu'elles constituent une entrave aux activités de la vie quotidienne. La maladie d'Alzheimer débute de façon insidieuse et provoque une lente détérioration. Il faut faire une distinction nette entre cette maladie et le déclin normal des fonctions cognitives lié au vieillissement. Celui-ci est bien moins prononcé, beaucoup plus progressif et moins invalidant. La maladie d'Alzheimer survient généralement après l'âge de 65 ans, mais il n'est pas



rare qu'elle débute plus tôt. L'incidence augmentant rapidement avec l'âge (elle double en gros tous les 5 ans), le nombre total de personnes atteintes croît à mesure que l'espérance de vie augmente dans la population.

On a fait de nombreuses études d'incidence et de prévalence de la maladie d'Alzheimer. Les échantillons étudiés se composent généralement de personnes de plus de 65 ans, encore que certaines études aient porté sur des populations plus jeunes, notamment dans les pays où l'espérance de vie est plus courte (en Inde, par exemple). Les chiffres de prévalence sont très variables (entre 1 % et 5 %), en partie à cause de la différence d'âge des échantillons et des différents critères diagnostiques utilisés. Selon l'étude de la CMM en 2000, la prévalence ponctuelle de la maladie d'Alzheimer et autres démences est de 0,6 % au total. Au-delà de 60 ans, elle est de 5 % chez les hommes et de 6 % chez les femmes. Rien ne permet de penser que l'incidence diffère selon les sexes, mais, comme les femmes vivent plus longtemps, elles sont évidemment plus nombreuses à souffrir de cette maladie.

La cause exacte de la maladie d'Alzheimer demeure inconnue. Plusieurs hypothèses ont été avancées : perturbation du métabolisme et de la régulation du précurseur de la protéine amyloïde, des protéines de la plaque, des protéines tau, du zinc et de l'aluminium (Drouet et al., 2000 ; Cuajungco & Lees, 1997).

D'après les estimations de la CMM en 2000, les démences sont à l'origine de 0,84 % des AVCI et de 2,0 % des AVI. Compte tenu du vieillissement de la population, surtout dans les pays industrialisés, ces chiffres devraient augmenter rapidement au cours des 20 prochaines années.

Le coût de la maladie d'Alzheimer pour la société est déjà considérable (Rice et al., 1993) et continuera de croître (Brookmeyer & Gray, 2000). Aux Etats-Unis d'Amérique, le coût direct et le coût total seraient respectivement de US $536 millions et US $1,75 milliard pour l'année 2000.

## Retard mental

Le retard mental est un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales. Egalement appelé arriération mentale ou déficience intellectuelle, il peut être associé à un autre trouble mental ou physique, ou survenir isolément. Des capacités intellectuelles réduites sont le trait dominant de ce trouble, mais on ne pose le diagnostic que si elles s'accompagnent d'une moindre capacité d'adaptation aux exigences quotidiennes de l'environnement social. On distingue plusieurs degrés de retard mental : léger (QI de 50 à 69), moyen (QI de 35 à 49), grave (QI de 20 à 34) et profond (QI inférieur à 20).

Les chiffres de prévalence varient beaucoup en fonction des critères et méthodes utilisés ainsi que de la tranche d'âge des échantillons. On estime que la prévalence globale du retard mental se situe entre 1 % et 3 %, ce taux étant de 0,3 % pour les formes moyenne, grave et profonde. Il est plus répandu dans les pays en développement parce que les traumatismes et l'anoxie néonatals y sont plus fréquents, de même que les atteintes cérébrales d'origine infectieuse pendant la petite enfance. L'une des causes courantes de retard mental est la carence en iode, qui provoque le crétinisme (Sankar et al., 1998). La carence en iode est la première cause évitable de lésion cérébrale et d'arriération mentale (Delange, 2000).

Le retard mental représente un lourd handicap pour l'individu et sa famille. En cas de retard mental grave, le sujet ne peut sans assistance s'acquitter de ses activités quotidiennes et prendre soin de sa personne. Il n'existe aucune statistique de la charge de morbidité imputable à l'ensemble des retards mentaux, mais tout porte à croire qu'elle est importante. Dans la plupart des cas, le handicap est permanent.

## Troubles de l'enfance et de l'adolescence

Contrairement à une idée répandue, les troubles mentaux et du comportement sont courants pendant l'enfance et l'adolescence. Malheureusement, c'est un aspect négligé de la santé mentale. Dans un rapport récent (DHHS, 2001), le Directeur des Services de Santé des Etats-Unis d'Amérique parle à ce propos de crise de santé publique. D'après ce rapport, un jeune Américain sur dix souffre d'une maladie mentale suffisamment grave pour constituer une forme quelconque de handicap et, pourtant, moins d'un malade sur cinq est correctement soigné. Dans une grande partie du monde en développement, la situation est sans doute bien pire encore.

La CIM-10 distingue deux grandes catégories de troubles spécifiques à l'enfance et à l'adolescence : d'une part, ceux du développement psychologique et, d'autre part, les troubles du comportement et troubles émotionnels. Les premiers se caractérisent par des difficultés ou un retard dans l'acquisition de certaines fonctions telles que la parole et le langage (dyslexie) ou par des troubles envahissants du développement (l'autisme, par exemple). Ils évoluent de manière régulière, sans rémission ni rechutes, encore que la plupart tendent à s'atténuer avec l'âge. Le grand groupe des dyslexies réunit les troubles de la lecture et de l'orthographe. On ignore encore leur prévalence, mais elle pourrait se situer aux alentours de 4 % chez les enfants d'âge scolaire (Spagna et al., 2000). La deuxième catégorie, troubles du comportement et troubles émotionnels, regroupe les troubles hyperkinétiques (dans la CIM-10), les troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité (dans le DSM-IV, APA, 1994), les troubles des conduites et les troubles émotionnels de l'enfance. En outre, nombre de troubles plus fréquents chez l'adulte débutent parfois pendant l'enfance. La dépression, de plus en plus souvent observée chez l'enfant, en est un exemple.

On a fait plusieurs études sur la prévalence globale des troubles mentaux et du comportement chez l'enfant dans les pays développés et dans les pays en développement. Le Tableau 2.2 en résume certains résultats. Le taux de prévalence varie beaucoup selon les études, mais il semblerait que 10 à 20 % des enfants présentent un ou plusieurs troubles mentaux ou du comportement. Ces estimations élevées de la morbidité chez l'enfant et l'adolescent sont sujettes à caution. L'enfance et l'adolescence étant des phases de développement, il est difficile de tracer clairement la frontière entre les phénomènes anormaux et ceux qui font partie du développement normal. Dans beaucoup d'études, les cas ont été recensés à l'aide de questionnaires sur les caractéristiques comportementales remplis par les parents et les enseignants. Or les renseignements ainsi recueillis, quoique utiles pour repérer les enfants qui ont besoin d'une attention particulière, peuvent ne pas correspondre à un diagnostic précis.

Les troubles mentaux et du comportement qui apparaissent pendant l'enfance et l'adolescence ont, pour la société, un coût humain et financier très élevé. La charge totale de morbidité liée à ces troubles n'a pas été estimée, ce qui serait d'ailleurs extrêmement difficile étant donné que bon nombre d'entre eux sont parfois les signes avant-coureurs de troubles bien plus invalidants à un âge plus avancé.

**Tableau 2.2 Prévalence des troubles de l'enfance et de l'adolescence d'après certaines études**

| Pays | Age (années) | Prévalence ( %) |
|---|---|---|
| Allemagne[1] | 12-15 | 20,7 |
| Espagne[2] | 8, 11, 15 | 21,7 |
| Etats-Unis d'Amérique[3] | 1-15 | 21,0 |
| Ethiopie[4] | 1-15 | 17,7 |
| Inde[5] | 1-16 | 12,8 |
| Japon[6] | 12-15 | 15,0 |
| Suisse[7] | 1-15 | 22,5 |

[1] Weyerer S et al. (1988). Prevalence and treatment of psychiatric disorders in 3-14-year-old children: results of a representative field study in the small rural town region of Traunstein, Upper Bavaria. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77: 290-296.

[2] Gomez-Beneyto M et al. (1994). Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89: 352-357.

[3] Shaffer D et al. (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children version 2.3 (DISC-2.3): description acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35: 865-877.

[4] Tadesse B et al. (1999). Childhood behavioural disorders in Ambo district, Western Ethiopia: I. Prevalence estimates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(Suppl): 92-97.

[5] Indian Council of Medical Research (2001). *Epidemiological study of child and adolescent psychiatric disorders in urban and rural areas*. New Delhi, ICMR (données non publiées).

[6] Morita H et al. (1993). Psychiatric disorders in Japanese secondary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34: 317-332.

[7] Steinhausen HC et al. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98: 262-271.



## Comorbidité

Il arrive souvent qu'un individu soit atteint de plusieurs troubles mentaux à la fois, comme il peut l'être de plusieurs affections physiques dont la présence simultanée est aussi bien trop fréquente pour être une simple coïncidence. Ce phénomène devient plus fréquent avec l'âge, quand un certain nombre de troubles physiques et mentaux coexistent. Une comorbidité physique peut non seulement accompagner des troubles mentaux comme la dépression, mais aussi influer sur la survenue et la persistance de cette dépression (Geerlings et al., 2000).

D'après l'une des études bien conçues, réalisée sur un échantillon représentatif de la population des Etats-Unis d'Amérique (Kessler et al., 1994), 79 % des malades cumulent plusieurs troubles ; 21 % seulement n'en ont qu'un. Plus de la moitié des troubles survenant tout au long de la vie se concentrent chez 14 % de la population. Les études réalisées dans d'autres pays donnent des résultats similaires, mais on manque de données sur les pays en développement.

L'anxiété et les troubles dépressifs se conjuguent chez la moitié environ de tous les sujets concernés (Zimmerman et al., 2000). Autre cas de figure courant : la présence de troubles mentaux associés à l'utilisation de substances et à la pharmacodépendance. Entre 30 et 90 % des personnes qui consultent les services d'aide aux alcooliques et aux toxicomanes présentent une « double pathologie » (Gossop et al., 1998). Inversement, les troubles liés à l'alcoolisme sont fréquents parmi les patients des services de santé mentale (65 % d'après Rachliesel et al., 1999), de même que chez les schizophrènes (12 à 50 %).

La coexistence de troubles prononcés a d'importantes répercussions sur le diagnostic, le traitement et la réadaptation; elle aggrave d'autant l'incapacité du malade et le fardeau qui incombe à la famille.

## Suicide

Le suicide est un acte délibéré accompli par une personne qui en connaît parfaitement, ou en espère, l'issue fatale. C'est aujourd'hui un problème de santé publique majeur. La moyenne des taux comparatifs de suicide par âge dans les 53 pays pour lesquels on dispose de données complètes était de 15,1 pour 100 000 en 1996. Le taux était de 24,0 pour 100 000 chez les hommes et de 6,8 pour 100 000 chez les femmes. Le taux de suicide est presque partout plus élevé chez les hommes que chez les femmes, dans une proportion globale de 3,5 pour 1. Dans les 39 pays qui ont des données complètes pour la trentaine d'années que couvre la période 1970-1996, les taux de suicide semblent relativement stables, mais les chiffres globaux masquent d'importantes différences selon le sexe, l'âge, la géographie, et concernant les tendances à long terme.

Les écarts sont aussi très marqués sur le plan géographique. Les tendances observées dans les plus grands pays du monde (ceux dont la population excède 100 millions) devraient donner des indications fiables sur la mortalité par suicide. Les chiffres de ces 15 dernières années sont connus pour sept des onze pays les plus peuplés. La mortalité par suicide a augmenté de près de 62 % au Mexique et baissé de 17 % en Chine, tandis qu'aux Etats-Unis d'Amérique et en Fédération de Russie, le chiffre est le même (5,3 %) mais l'évolution inverse, comme le montre la Figure 2.4. Deux remarques s'imposent : d'une part, seule la taille de la population semble rapprocher ces pays que presque tout distingue par ailleurs ; d'autre part, l'importance de la variation dans le temps n'est pas révélatrice de l'importance réelle des taux de suicide dans ces pays qui, d'après les chiffres les plus récents qu'on ait, s'échelonnent entre 3,4 pour 100 000 au Mexique, 14,0 pour 100 000 en Chine et 34,0 pour 100 000 en Fédération de Russie.

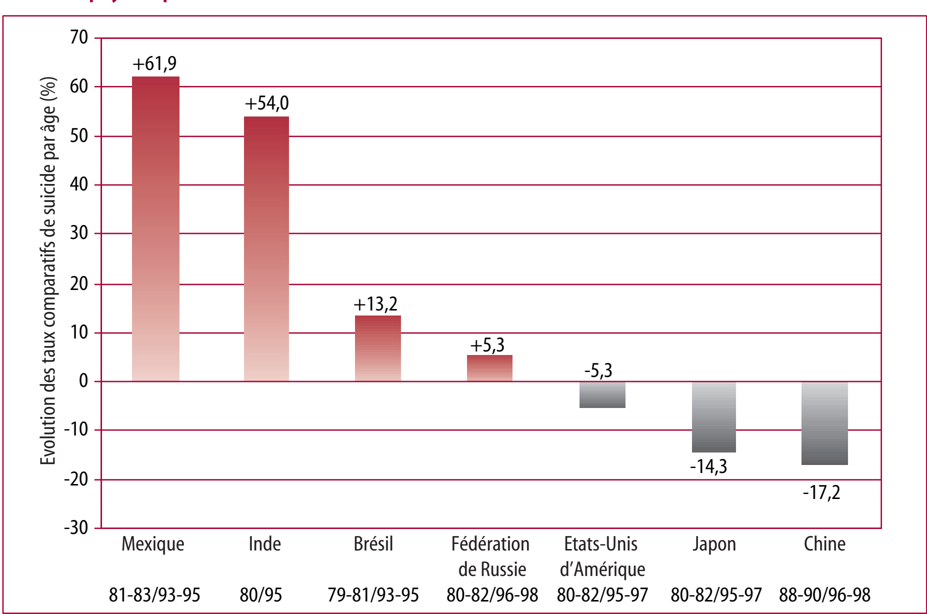
Il est très difficile, voire impossible de trouver une explication commune à ces écarts. Les changements socio-économiques (de quelque nature qu'ils soient) sont souvent considérés comme favorables à une hausse des taux de suicide. Même si ce lien a été observé à plusieurs reprises, des hausses ont aussi été enregistrées en période de stabilité socio-économique et, à l'inverse, des taux stables en plein bouleversement socio-économique. Il se peut néanmoins que les chiffres globaux masquent d'importants écarts entre certaines parties de la population. Ainsi, une évolution nulle des taux de suicide peut dissimuler une hausse chez les hommes statistiquement compensée par une baisse chez les femmes (comme on le voit en Australie, au Chili, à Cuba, en Espagne et au Japon) ; il en va parfois de même pour les classes d'âge situées aux deux extrémités du spectre, à savoir les adolescents et les personnes âgées (c'est le cas en Nouvelle-Zélande). On a constaté qu'une montée du chômage s'accompagne, mais pas toujours, d'une baisse du taux de suicide dans la population générale (en Finlande, par exemple) et d'une hausse chez les personnes âgées et les retraités (en Suisse, par exemple).

La consommation d'alcool (notamment en Fédération de Russie et dans les Etats baltes) ainsi que le libre accès à certaines substances toxiques (en Chine, en Inde et à Sri Lanka, par exemple) et aux armes à feu (à El Salvador et aux Etats-Unis d'Amérique, entre autres) semblent, d'après les études réalisées jusqu'à présent, associés de façon certaine aux taux de suicide dans tous les pays, industrialisés ou en développement. Encore une fois, les chiffres d'ensemble peuvent masquer d'importants écarts, par exemple entre zones rurales et zones urbaines (c'est le cas en Chine et en République islamique d'Iran).

Le suicide est une cause majeure de mortalité chez les jeunes adultes : il figure parmi les trois premières causes de décès dans la tranche d'âge 15-34 ans et, comme le montrent les deux exemples de la Figure 2.5, il est fréquent chez les 15-34 ans (première ou deuxième cause de décès pour les deux sexes). La société perd ainsi une foule de jeunes à l'âge où ils lui sont le plus utiles. D'après des données relatives à quelques pays seulement, il y aurait jusqu'à 20 fois plus de tentatives de suicide que de suicides effectifs.

Les lésions auto-infligées, suicide compris, ont causé quelque 814 000 décès en 2000. D'après l'étude sur la CMM en 2000, elles représentaient 1,3 % du total des AVCI.

**Figure 2.4 Evolution des taux comparatifs de suicide par âge au cours de périodes données dans des pays de plus de 100 millions d'habitants**






Le trouble mental qui conduit le plus souvent au suicide est la dépression, mais les taux sont élevés aussi pour la schizophrénie. En outre, le suicide est souvent lié à l'utilisation de substances par l'intéressé ou par un membre de sa famille. Dans certains pays d'Europe centrale et orientale, il a été établi récemment que la majeure partie des suicides avaient un lien avec l'alcool (Rossow, 2000).

Il est notoire que, dans n'importe quelle région, l'accès à des moyens de se suicider a un effet déterminant sur le taux de suicide. L'étude de ce phénomène a surtout porté sur les armes à feu ; on a constaté une forte mortalité par suicide chez les personnes qui avaient acheté une arme peu de temps auparavant (Wintemute et al., 1999). De toutes les personnes décédées de blessure par arme à feu aux Etats-Unis d'Amérique en 1997, 54 % s'étaient donné la mort (Rosenberg et al., 1999).

Il faut toujours tenir compte du contexte local pour expliquer précisément les variations des taux de suicide. Une surveillance épidémiologique et des travaux de recherche localement adaptés s'imposent d'urgence pour mieux comprendre ce grave problème de santé publique et améliorer les moyens de prévention.

## Déterminants des troubles mentaux et du comportement

Une série de facteurs déterminent la prévalence, la survenue et l'évolution des troubles mentaux et du comportement. Il s'agit de facteurs socio-économiques, de facteurs démographiques tels que le sexe et l'âge, d'événements graves comme les conflits et les catastrophes, de la présence de maladies physiques graves et du milieu familial, qui sont brièvement décrits ici pour illustrer la manière dont ils influent sur la santé mentale.

### Pauvreté

La misère et les maux qui y sont associés : chômage, manque d'instruction, privations et absence de domicile fixe ne sont pas seulement largement répandus dans les pays pauvres ; ils touchent aussi une importante minorité de pays riches. Les résultats d'enquêtes

**Figure 2.5 Le suicide parmi les premières causes de décès chez les 15-34 ans dans certains pays de la Région européenne et en Chine, 1998**

**Région européenne (pour certains pays seulement)[a]**

| Hommes et femmes | Hommes | Femmes |
|---|---|---|
| 1. Accidents de transport | 1. Accidents de transport | 1. Ensemble des cancers |
| 2. Suicide | 2. Suicide | 2. Accidents de transport |
| 3. Ensemble des cancers | 3. Ensemble des cancers | 3. Suicide |

**Chine (dans certaines zones seulement)[b]**

| Hommes et femmes (zones rurales et urbaines) | Hommes (zones rurales) | Femmes (zones rurales) |
|---|---|---|
| 1. Suicide | 1. Accidents de véhicule à moteur | 1. Suicide |
| 2. Accidents de véhicule à moteur | 2. Ensemble des cancers | 2. Ensemble des cancers |
| 3. Ensemble des cancers | 3. Suicide | 3. Ensemble des maladies cardio-vasculaires |

[a] Albanie, Allemagne, Autriche, Bulgarie, Croatie, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Israël, Italie, Kazakhstan, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Macédoine, Malte, Norvège, Pays-Bas, Portugal, République de Moldova, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie.

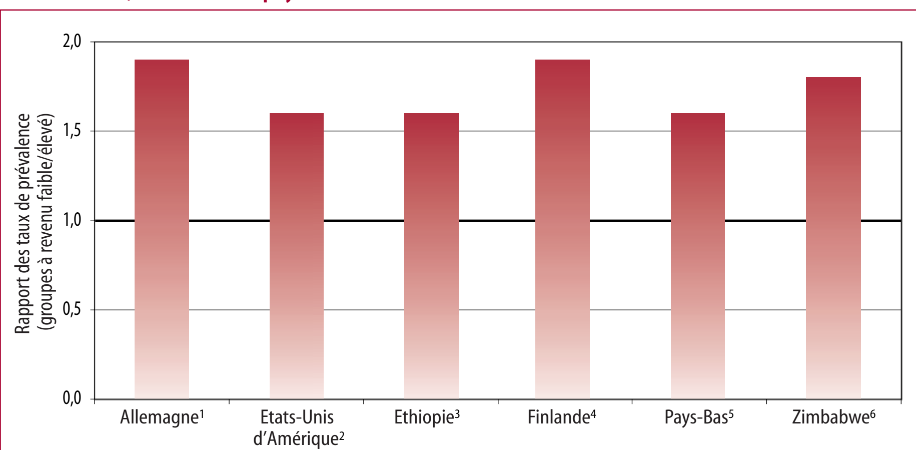
[b] Statistiques des causes de décès et taux démographiques, systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et autres sources d'information. *Annuaire de statistiques sanitaires mondiales 1993,* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1994 (Section A/B : Chine 11-17).

transnationales au Brésil, au Chili, en Inde et au Zimbabwe montrent que les troubles mentaux courants sont près de deux fois plus fréquents chez les pauvres que chez les riches (Patel et al., 1999). Aux Etats-Unis d'Amérique, le risque de trouble du comportement et le risque de comorbidité étaient respectivement deux fois et trois fois plus grands chez les enfants des familles les plus pauvres (Costello et al., 1996). D'après une analyse de 15 études, le rapport médian de la prévalence globale des troubles mentaux entre les classes socio-économiques inférieure et supérieure était de 2,1 pour 1 sur un an et, de 1,4 pour 1 sur toute la durée de la vie (Kohn et al., 1998). Des études menées en Amérique du Nord, en Amérique latine et en Europe donnent des résultats similaires (OMS, Consortium international d'épidémiologie psychiatrique, 2000). La Figure 2.6 montre que la dépression est plus répandue chez les pauvres que chez les riches, même dans les pays riches.

Il semble également que le milieu socio-économique influe sur l'évolution des troubles (Kessler et al., 1994 ; Saraceno & Barbui, 1997), ce qui pourrait être dû à certaines variables relatives aux services, notamment les obstacles à l'accès aux soins. Les pays pauvres n'ayant que peu de ressources à consacrer aux soins de santé mentale, ceux-ci sont souvent inaccessibles aux classes défavorisées. Même dans les pays riches, la pauvreté et les facteurs qui lui sont associés tels que l'absence de couverture sociale, un faible niveau d'instruction, le chômage et l'appartenance à une minorité raciale, ethnique ou linguistique sont autant d'obstacles qui barrent l'accès aux soins. Les lacunes de la couverture sont importantes pour le traitement de la plupart des troubles mentaux, mais, chez les pauvres, elles sont particulièrement criantes. En outre, ceux-ci ne signalent souvent leurs problèmes de santé mentale que lorsqu'ils consultent pour des affections physiques (Encadré 2.4).

La relation entre les troubles mentaux et du comportement, y compris ceux qui sont liés à l'alcoolisme, et le développement économique de la collectivité et du pays n'a pas été étudiée de manière systématique. Il semble, cependant, que le cercle vicieux de la pauvreté

**Figure 2.6 Prévalence de la dépression dans les groupes à faible revenu par rapport aux groupes à haut revenu, dans certains pays**




Note : la ligne horizontale en gras située à 1,0 correspond à la valeur où le taux de prévalence de la dépression chez les groupes à faible revenu est égal à celui des groupes à haut revenu. Au-dessus de cette ligne, la prévalence de la dépression est supérieure chez les groupes à faible revenu.

[1]Wittchen HU et al. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28: 109-126.

[2]Kessler RC et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51: 8-19.

[3]Awas M et al. (1999). Major mental disorders in Butajira, southern Ethiopia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(Suppl 397): 56-64.

[4]Lindeman S et al. (2000). The 12-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5993 adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102: 178-184.

[5]Bijl RV et al. (1998). Prevalence of psychiatric disorders in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33: 587-595.

[6]Abas MA, Broadhead JC (1997). Depression and anxiety among women in an urban setting in Zimbabwe. *Psychological Medicine*, 27: 59-71.



et des troubles mentaux observé au niveau de la famille (voir la Figure 1.4) se retrouve à l'échelle de la collectivité et du pays.

## Sexe

Les études sur la prévalence, l'étiologie et l'évolution des troubles mentaux et du comportement s'intéressent de plus en plus aux différences entre les sexes. On avait remarqué au cours des siècles passés que les femmes étaient plus nombreuses dans les asiles et autres structures de soins, mais on ignorait si elles étaient effectivement plus sujettes aux troubles mentaux ou plus souvent conduites dans ces établissements.

Des études effectuées récemment en communauté selon des méthodes sûres ont mis en évidence des différences intéressantes. Si la prévalence de l'ensemble des troubles mentaux et du comportement ne semble pas changer selon le sexe, l'anxiété et les troubles dépressifs sont toutefois plus courants chez les femmes, tandis que les troubles liés à l'utilisation de substances et les personnalités asociales sont plus fréquents chez les hommes (Gold, 1998). Presque toutes les études indiquent que la prévalence des troubles dépressifs et anxieux est plus élevée chez les femmes, dans une proportion généralement comprise entre 1,5 et 2 pour 1. Ce constat vaut pour les pays développés comme pour un certain nombre de pays en développement (Patel et al., 1999 ; Pearson, 1995). Il est intéressant de noter que la différence des taux de dépression entre les sexes dépend beaucoup de l'âge : l'écart est maximum chez les adultes, nul pendant l'enfance et peu marqué chez les personnes âgées.

Maints arguments ont été avancés pour expliquer la prévalence accrue des troubles dépressifs et anxieux chez la femme. Des facteurs génétiques et biologiques entrent certainement en jeu, ce que tend à prouver notamment l'étroite relation dans le temps entre une forte prévalence et les stades de l'existence des femmes en âge de procréer où surviennent des changements hormonaux. La labilité de l'humeur associée aux changements hormonaux au cours du cycle menstruel et après l'accouchement est un phénomène bien connu. Une dépression dans les mois qui suivent l'accouchement peut en effet marquer le début d'un trouble dépressif récurrent. Les facteurs psychologiques et sociaux ne sont pas étran-

**Encadré 2.4 Point de vue des pauvres sur les maladies du corps et de l'esprit**

Les pauvres interrogés sur leur santé[1] signalent toutes sortes de traumatismes et de maladies : fractures des membres, brûlures, intoxication par des substances chimiques et par la pollution, diabète, pneumonie, bronchite, tuberculose, VIH/SIDA, asthme, diarrhée, typhoïde, paludisme, parasitoses transmises par de l'eau contaminée, infections de la peau et autres affections débilitantes. Ils mentionnent souvent des problèmes mentaux parallèlement aux troubles physiques et font fréquemment état de difficultés associées à l'abus d'alcool et de drogues. Les groupes de discussion citent souvent le stress, l'anxiété, la dépression, une piètre estime de soi et le suicide au nombre des conséquences de la pauvreté et d'un mauvais état de santé. L'un des thèmes qui revient souvent est le stress qu'engendre l'incapacité de subvenir aux besoins de sa famille. Les personnes interrogées associent de nombreuses pathologies au stress, à l'anxiété et à un sentiment de malaise, mais insistent généralement sur trois d'entre elles : le VIH/SIDA, l'alcoolisme et les toxicomanies.

Le VIH/SIDA a un impact considérable : en Zambie, un groupe de jeunes voyait un lien de cause à effet entre la pauvreté, la prostitution, le SIDA et, au bout du compte, la mort. En Argentine, au Ghana, en Jamaïque, en Thaïlande, au Viet Nam et dans plusieurs autres pays, le VIH/SIDA et les maladies qui y sont associées sont également cités lors des discussions de groupe parmi les problèmes qui ont des effets préjudiciables sur les moyens d'existence et fragilisent l'ensemble de la famille.

La drogue et l'alcoolisme sont considérés comme des causes de violence, d'insécurité et de vol, et l'argent dépensé pour s'acheter de l'alcool ou d'autres drogues, l'ivresse masculine et la violence domestique comme des syndromes de la pauvreté. Dans toutes les régions, de nombreux groupes de discussion signalent des cas de femmes battues par leur mari rentré ivre à la maison et plusieurs groupes constatent que la consommation de bière favorise la proximité sexuelle et les maladies. L'alcoolisme est particulièrement répandu chez les hommes. Les pauvres des zones urbaines et rurales d'Afrique le mentionnent plus souvent que les drogues.

L'abus de drogue est souvent évoqué dans les zones urbaines, notamment en Amérique latine, en Thaïlande et au Viet Nam, ainsi que dans certaines régions de la Bulgarie, de la Fédération de Russie, du Kirghizistan et de l'Ouzbékistan. Les drogués sont malheureux et leurs familles aussi.

[1] Narayan D et al. (2000). *Voices of the poor, crying out for change*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Oxford University Press [pour le compte de la Banque mondiale].

gers non plus à la différence de prévalence des troubles dépressifs et anxieux selon le sexe. Il se peut aussi que les facteurs de stress objectifs et subjectifs soient plus nombreux pour les femmes. Le rôle traditionnellement dévolu aux femmes dans les sociétés les expose davantage au stress et ne leur permet guère de changer leurs conditions d'existence.

Une autre raison qui explique l'inégalité des sexes face aux troubles mentaux courants est la violence domestique et sexuelle à l'encontre des femmes. La violence domestique existe partout dans le monde et les premières victimes en sont les femmes (OMS, 2000b). Une analyse d'études sur la question (OMS, 1997a) situe entre 16 et 50 % la prévalence sur toute la vie des actes de violence domestique. Les agressions sexuelles sont elles aussi courantes ; on estime qu'une femme sur cinq est victime d'un viol ou d'une tentative de viol au cours de sa vie. Ces actes de violence ont des conséquences psychologiques, dont les plus fréquentes sont les troubles dépressifs et anxieux. Selon une étude faite récemment au Nicaragua, les cas de violence conjugale sont six fois plus nombreux chez les femmes en situation de détresse psychique (Ellsberg et al., 1999). Celle-ci est dix fois plus fréquente chez les femmes ayant subi de graves sévices au cours de l'année précédente que chez celles qui n'ont jamais été maltraitées.

Une étude multipays menée par l'OMS et des études mondiales (WorldSAFE) conduites par le Réseau international d'épidémiologistes cliniciens (INCLEN, 2001) sur des échantillons de population dans différents contextes évaluent la prévalence de la violence exercée par un partenaire intime et ses conséquences sur la santé des femmes. Ces études emploient la même méthode, qui consiste à demander aux femmes si elles ont déjà envisagé ou tenté de se suicider. Les premiers résultats font apparaître une nette relation entre cette forme de violence et les intentions suicidaires (voir le Tableau 2.3). Le même lien a été mis en évidence avec la violence sexuelle seule ou associée à des sévices physiques.

Contrairement à ce que l'on observe pour les troubles dépressifs et anxieux, aucune différence nette n'apparaît dans l'incidence ou la prévalence des troubles mentaux graves tels que la schizophrénie et le trouble affectif bipolaire (Kessler et al., 1994). Il semble, toutefois, que la schizophrénie survienne à un âge plus précoce et soit plus invalidante chez les hommes (Sartorius et al., 1986). Presque toutes les études montrent que les troubles liés à l'utilisation de substances et les personnalités asociales sont bien plus répandus chez les hommes que chez les femmes.

A l'inverse, la comorbidité est plus courante chez les femmes que chez les hommes. On observe dans la plupart des cas la coexistence de troubles dépressifs, anxieux et somatoformes, ces derniers se caractérisant par la présence de symptômes physiques que n'explique aucune maladie physique. Il semble que les femmes aient davantage de symptômes physiques et psychologiques que les hommes.

Il apparaît aussi que les psychotropes, qui regroupent les anxiolytiques, les antidépresseurs, les sédatifs, les somnifères et les neuroleptiques, sont plus souvent prescrits à des femmes (voir la Figure 1.5), ce qui s'explique en partie par une plus forte prévalence des troubles mentaux courants et par le fait que les femmes sont plus nombreuses à se faire soigner. L'attitude des médecins joue certainement aussi un rôle important : devant un cas psychosocial complexe qui appelle une psychothérapie, ils peuvent choisir la solution de facilité qui consiste à prescrire des médicaments.

Partout dans le monde, les troubles liés à l'utilisation de substances et les personnalités asociales sont plus courants chez les hommes. Toutefois, dans de nombreuses régions, les premiers de ces deux types de trouble sont en forte augmentation chez les femmes.

Ce sont essentiellement les femmes qui s'occupent des malades mentaux dans les familles. Leur rôle prend d'autant plus d'importance que les troubles chroniques sont de plus en plus souvent soignés au sein de la collectivité.

En résumé, les troubles mentaux sont clairement déterminés par des facteurs liés au sexe qu'il faudra mieux étudier pour évaluer la charge de morbidité.

**Tableau 2.3 Relation entre la violence domestique et les intentions suicidaires**

| | Pourcentage de femmes ayant déjà pensé à se suicider ( *p*<0,001) | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **A déjà subi des violences physiques de la part d'un partenaire intime** | **Brésil**[1] (*n*=940) | **Chili**[2] (*n*=422) | **Egypte**[2] (*n*=631) | **Inde**[2] (*n*=6327) | **Indonésie**[3] (*n*=765) | **Philippines**[2] (*n*=1001) | **Pérou**[1] (*n*=1088) | **Thaïlande**[1] (*n*=2073) |
| Non | 21 | 11 | 7 | 15 | 1 | 8 | 17 | 18 |
| Oui | 48 | 36 | 61 | 64 | 11 | 28 | 40 | 41 |

[1] Etude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique (résultats préliminaires, 2001). Genève, Organisation mondiale de la Santé (document non publié).
[2] Réseau international d'épidémiologistes cliniciens (INCLEN) (2001). *World Studies of Abuse in Family Environments (WorldSAFE)*. Manille (Philippines), International Network of Clinical Epidemiologists. Sondage portant sur les violences physiques graves.
[3] Hakimi M et al. (2001). *Silence for the sake of harmony: domestic violence and women's health in Central Java*. Yogyakarta (Indonésie), Program for Appropriate Technology in Health.



## Age

L'âge est un important déterminant des troubles mentaux. Ceux qui se déclenchent pendant l'enfance et l'adolescence ont été brièvement décrits plus haut. Les personnes âgées sont, elles aussi, particulièrement vulnérables. Outre la maladie d'Alzheimer, dont il a déjà été question, plusieurs troubles mentaux ou du comportement s'observent chez elles. En règle générale, la prévalence de certains troubles tend à augmenter avec l'âge. C'est le cas notamment de la dépression. Le trouble dépressif est courant chez les personnes âgées. On a constaté que 8 à 20 % des personnes âgées vivant au sein de la communauté et 37 % de celles qui sont soignées dans les services de santé primaires souffrent de dépression. Il ressort d'une récente étude en communauté sur un échantillon de personnes de plus de 65 ans que 11,2 % d'entre elles étaient dépressives (Newman et al., 1998). Une autre étude faite il y a peu a relevé une prévalence ponctuelle des troubles dépressifs de 4,4 % chez les femmes et de 2,7 % chez les hommes, mais les chiffres correspondants pour la prévalence sur toute la vie sont de 20,4 % et 9,6 %. La dépression est plus fréquente chez les personnes âgées physiquement diminuées (Katona & Livingston, 2000) et aggrave encore leur invalidité. Il convient cependant de noter que les troubles dépressifs sont moins souvent décelés chez les personnes du troisième âge que chez les adultes plus jeunes parce qu'ils sont souvent considérés à tort comme inhérents au vieillissement.

## Conflits et catastrophes

Les conflits, notamment les guerres et les troubles civils, et les catastrophes touchent de nombreuses populations et engendrent des problèmes de santé mentale. On estime à 50 millions environ le nombre de personnes réfugiées ou déplacées dans le monde. Des millions d'autres sont victimes de catastrophes naturelles telles que tremblements de terre, inondations, typhons, ouragans et autres cataclysmes de grande ampleur (IFRC, 2000). Ces événements ont des effets dévastateurs sur la santé mentale des victimes, dont la plupart vivent dans des pays en développement qui manquent cruellement de moyens pour faire face à de tels problèmes. Entre un tiers et la moitié des victimes souffrent de détresse psychique. Le diagnostic le plus fréquent est l'état de stress post-traumatique, qui s'accompagne souvent de troubles dépressifs ou anxieux. La plupart des personnes signalent en outre des symptômes psychologiques qui ne constituent pas des troubles. L'état de stress post-traumatique s'observe après un événement exceptionnellement menaçant ou catastrophique et se caractérise par des souvenirs envahissants, l'évitement de situations en rapport avec la cause du traumatisme, des troubles du sommeil, l'irritabilité et la colère, le manque de concentration et l'hypervigilance. D'après l'étude de la CMM en 2000, sa prévalence ponctuelle dans la population générale est de 0,37 %. Le diagnostic spécifique d'état de stress post-traumatique a été contesté parce que variable selon les cultures et trop souvent

invoqué. D'aucuns parlent de catégorie diagnostique inventée pour des raisons sociopolitiques (Summerfield, 2001). Même si certains estiment que ce diagnostic est inapproprié, on s'accorde généralement à reconnaître que la fréquence globale des troubles mentaux est élevée chez les sujets exposés à de graves traumatismes.

Les études faites chez les victimes de catastrophes naturelles ont également révélé un fort taux de troubles mentaux. D'après une étude menée récemment en Chine, les symptômes psychologiques sont fréquents et la qualité de vie médiocre chez les rescapés de tremblements de terre. L'étude a également montré que le soutien psychologique aux sinistrés a des effets bénéfiques sur leur bien-être (Wang et al., 2000).

## Maladies physiques graves

Une maladie physique grave rejaillit sur la santé mentale du malade et sur celle de sa famille tout entière. C'est le cas de la plupart des maladies très invalidantes ou mortelles, par exemple le cancer chez l'homme et la femme, et notamment de l'infection à VIH/SIDA, dont les effets sont décrits ici à titre d'exemple.

Le VIH se propage très rapidement dans de nombreuses parties du monde. A la fin de l'an 2000, 36,1 millions de personnes au total étaient séropositives ou malades du SIDA et 21,8 millions avaient déjà succombé à la maladie (ONUSIDA, 2000). Sur les 5,3 millions de cas nouveaux en l'an 2000, un sur dix concernait des enfants et, près de la moitié, des femmes. Dans 16 pays de l'Afrique subsaharienne, plus de 10 % de la population en âge de procréer est contaminée. L'épidémie d'infection à VIH/SIDA ralentit la croissance économique et réduit l'espérance de vie de près de 50 % dans les pays les plus durement touchés. Beaucoup de pays considèrent désormais le VIH/SIDA comme un fléau national. Faute de remède ou de vaccin, la prévention reste l'arme principale, tandis que l'aide et les soins aux séropositifs sont ensuite le mode d'intervention qui s'impose.

L'épidémie a d'importantes répercussions sur la santé mentale. Certaines personnes souffrent de troubles et problèmes psychologiques du fait de leur séropositivité. La stigmatisation et la discrimination dont font l'objet les séropositifs et les malades du SIDA contribuent aussi beaucoup au stress psychique, qui peut aller de troubles anxieux ou dépressifs à des troubles de l'adaptation (Maj et al., 1994a). Par ailleurs, on peut noter une altération des fonctions cognitives si l'on en recherche les signes (Maj et al., 1994b ; Starace et al., 1998). Les membres de la famille sont eux-mêmes victimes des préjugés et vont devoir faire face au décès prématuré de l'un des leurs. Bien que n'ayant pas été étudiées en détail, les conséquences psychologiques pour les familles brisées et pour les enfants orphelins du fait du SIDA sont probablement considérables.

Pour cerner l'impact sur la santé mentale d'une situation aussi complexe où la maladie physique a des conséquences psychosociales pour l'individu, sa famille et la collectivité, il faut entreprendre une évaluation exhaustive. Des recherches s'imposent sur la question.

## Contexte social et familial

Les troubles mentaux dépendent beaucoup du contexte social. Une série de facteurs sociaux influent sur la survenue, l'évolution et l'issue de ces troubles.

La vie de chacun est jalonnée d'événements plus ou moins importants, heureux (telle une promotion au travail) ou malheureux (un deuil ou un échec professionnel, par exemple). On a remarqué qu'une série d'événements précède immédiatement la survenue des troubles mentaux (Brown et al., 1972 ; Leff et al., 1987). Si, avant l'apparition ou la réapparition de troubles dépressifs, il s'agit souvent d'événements fâcheux, les autres troubles font suite à une succession inhabituelle d'événements qui peuvent être favorables ou défavorables. Les études semblent indiquer que tous les faits marquants de la vie sont des facteurs de stress et prédisposent aux troubles mentaux lorsqu'ils se suivent de près. Ce phénomène n'est pas limité aux troubles mentaux ; il a été aussi mis en évidence pour certaines maladies physiques comme l'infarctus du myocarde.



Il va de soi que les événements de vie ne sont qu'un facteur déterminant parmi d'autres (prédisposition génétique, personnalité, aptitude à faire face, etc.).

Le principal intérêt de s'enquérir des événements de vie est d'identifier les personnes rendues vulnérables par une rapide succession d'événements majeurs (par exemple, perte d'emploi, perte du conjoint et déménagement). A l'origine, cette corrélation a été constatée pour la dépression et la schizophrénie, mais on l'a, par la suite, mise en évidence entre des événements de vie et divers autres troubles mentaux et du comportement pouvant conduire notamment au suicide.

Le contexte social et affectif de la famille intervient également dans les troubles mentaux. Il y a longtemps qu'on cherche à établir un lien entre les troubles mentaux graves comme la schizophrénie ou la dépression et le contexte familial (Kuipers & Bebbington, 1990). D'importantes découvertes ont été faites il y a peu, et une nette corrélation a pu être établie entre le contexte social et affectif de la famille et les récidives chez les schizophrènes, mais pas nécessairement avec la survenue du trouble. On avait observé, au départ, que les sujets schizophrènes qui retournaient vivre chez leurs parents après avoir été hospitalisés faisaient davantage de rechutes. Pour comprendre ce phénomène, on a étudié notamment la capacité de la famille à exprimer les émotions suscitées par la schizophrénie d'un de ses membres : critiques, hostilité, débordement émotionnel et soutien chaleureux.

De nombreuses études, réalisées dans toutes les régions du monde, ont montré que la nomination des affects peut être un élément de pronostic de la schizophrénie, y compris des récidives (Butzlaff & Hooley, 1998). Il semblerait également qu'une modification du climat émotionnel dans la famille, ajoutée à la prise de neuroleptiques, favorise la prévention des rechutes. Outre le fait qu'ils permettent de mieux soigner certains malades dans leur milieu familial, ces résultats font ressortir l'importance des facteurs sociaux dans l'évolution et le traitement des troubles mentaux graves tels que la schizophrénie.